

ANAIIS PAULISTAS DE

MEDICINA E CIRURGIA

VOLUME LXXIV

N.º 4

Outubro de 1957

Neste número:

Trabalhos originaes	Pág.
<i>As chamadas "úlceras perfuradas" — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO</i>	235
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Cancerologia	211
Dermatologia e Sifilografia	214
Ginecologia e Obstetrícia	214
Hematologia e Hemoterapia	219
Higiene e Medicina Tropical	220
Sociedade Médica São Lucas	230
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números	238
Vida Médica de São Paulo:	
Homenagem — Prof. Clemente Ferreira	240
Congressos Médicos:	
X Congresso Nacional de Tuberculose e V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas	246
Assuntos de Atualidade:	
O epiploon e sua atuação terapêutica	247
Literatura Médica:	
Livros	250
Separatas e folhetos	250

Editados pelo



Sanatório São Lucas

DIRETOS: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

RUA PIRAPITINGUI, 80 — SÃO PAULO, BRASIL

No tratamento da

**Coqueluche, tráqueo bronquite
e tosse em geral**

Pantofedrina

Novo específico à base de fôlhas e cascas de

**ERITHRINA CHRISTA-GALI
(COM GLUCOSE)**

Pantofedrina

no tratamento da coqueluche

preparado no

LABORATÓRIO PHARMA

introdutor da

Erithrina Crista-Gali



amostras e literatura

LABORATÓRIO PHARMA

Rua Tabatinguera, 164 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

Afoga-se num copo de água



o hipodesenvolvido física e psiquicamente, por não se adaptar aos problemas que, dia a dia, a vida propõe. O mesmo pode ocorrer ao esgotado, ao deprimido, ao neuropsicastênico, ao esquizóide, ao que sofreu a involução senil. A todos estes o

DINISTENILE

Sulfato Sódico de Deidroandrosterona (em forma hidrossolúvel)
com Dinitrila Succínica.

faz, novamente, voltar as energias necessárias, a confiança, o equilíbrio e a capacidade de adaptação, mobilizando substâncias energéticas, atenuando os efeitos do "stress" e enriquecendo o patrimônio nucleoprotéico da célula nervosa.

1 a 2 ampolas por aplicação, via intramuscular ou endovenosa, até 3 ampolas ao dia.

**ESGOTAMENTO
STRESS
DEPRESSÕES
NEUROPSICASTENIA
CENESTOPATIA
HIPOEVOLUTISMO
INADAPTAÇÃO SOCIAL
ESQUIZOIDISMO
INVOLUÇÃO SENIL**



PRAVAZ-RECORDATI
LABORATÓRIOS S. A.



Rua Michigan, 629 — São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS

	Cr\$
Capa externa (12×19 cm) por vez	4.000,00
Capa interna (12×19 cm) por vez	3.500,00
1 página (12×19 cm) por vez	3.000,00
½ página (9×12 cm) por vez	1.600,00
¼ página (9×5,5 cm) por vez	900,00
Encarte por vez	2.500,00

ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS INTESTINAL PELO DERIVADO FTÁLICO DA SULFA

ANASEPTIL = FTALIL

(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B₁)

Absorção praticamente nula, alcançando grande
concentração no conteúdo intestinal

DISENTERIAS

COLIBACILOSES

ENTEROCOLITES

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

Joaquim Távora, 550

São Paulo

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445

ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 80 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinat. por 1 ano Cr \$ 200,00 — Estrang. US \$ 5,00 — Número avulso Cr \$ 20,00

VOL. LXXIV

OUTUBRO DE 1957

N.º 4

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE CANCEROLOGIA

Sessão em 13 de dezembro de 1956

Presidente: *Dr. Humberto Torloni*

Carcinoma bronquiolar (carcinoma alveolar) do pulmão. Drs. Marco de Assis Figueiredo e Humberto Torloni. — O carcinoma bronquiolar é a neoplasia pulmonar mais controvertida, no que concerne à sua histogênese. Esta última, dependendo da existência ou não, no pulmão humano pós-uterino, de um epitélio alveolar, tem sido assunto debatido há mais de 90 anos. O reconhecimento e separação do carcinoma bronquiolar, dos demais carcinomas broncogênicos, é de data relativamente recente. O nome com o qual ele tem sido mais comumente denominado é o de carcinoma alveolar ou de células alveolares do pulmão.

Para muitos autores, o alvéolo humano na vida pós-uterina possui um epitélio extremamente achatado e em condições normais é invisível. Nos mais diversos processos patológicos do pulmão (atelectasia, pneumonia crônica, fibrose, bronquectasias, etc.) o epitélio alveolar torna-se visível, assumindo aspecto cúbico. Por

meio de instilação endotraqueal de uma solução de nitrato de prata, alguns autores julgaram evidenciar o epitélio alveolar normal; todavia trabalhos posteriores demonstraram o artificialismo do método. Mais recentemente, Low, utilizando-se do microscópio eletrônico, afirmou categoricamente a existência do epitélio alveolar. De outro lado, existe um grande número de autores que negou a sua existência, acreditando que o alvéolo pulmonar é constituído exclusivamente por alças capilares e escasso tecido intersticial. Para estes, o revestimento epitelial alveolar observado em casos patológicos, originou-se a partir do epitélio bronquiolar. Eles apresentam provas convincentes a respeito.

Nós, baseados na experiência de outros e na própria, acreditamos que o epitélio alveolar é inexistente. O trabalho de Low não resiste a uma análise crítica e é contraditório. A fisiologia respiratória comparada entre o alvéolo pulmonar, os demais

órgãos e a placenta, mostra que presença de epitélio no alvéolo impedirá as trocas gasosas entre este e os capilares, uma vez que tais trocas processam-se exclusivamente à custa das leis físicas de tensões dos gases. Nos demais órgãos entram em ação os sistemas de oxidação e redução, e na placenta a pressão hidrostática, além das leis de difusão gasosa. Tanto do ponto de vista morfológico como fisiológico, é inaceitável a existência do epitélio alveolar no pulmão humano pós-uterino.

São apresentados 4 casos pessoais que são discutidos à luz dos demais casos da literatura mundial. O carcinoma bronquiolar apresenta aspectos morfológicos macroscópicos e microscópicos dignos de menção. Na maioria dos casos eles ocorrem sob a forma de micronódulos de 1 a 2 mm, que tendem à confluência. Quando esta compreende extensas áreas, o pulmão assume aparência de broncopneumonia e mesmo de pneumonia. A árvore brônquica está livre de tumores intrínsecos, apresentando-se frequentemente comprimida pelo crescimento neoplásico parenquimatoso. Formas macronodulares são menos frequentes. Ao microscópio observam-se alvéolos totalmente revestidos por epitélio neoplásico cúbico ou cilíndrico, com pleomorfismo nuclear variável. O septo intra-alveolar é sempre respeitado, de modo que a arquitetura alveolar do pulmão é conservada. Em geral, há intensa descamação celular intra-alveolar. É comum a presença de secreção mucosa pela neoplasia. Focos neoplásicos intra-brônquicos são assinalados e frequentemente são múltiplos. Metástases ocorrem por meio das vias linfática, sanguínea e intra-canalicular ou aérea. Carcinomas metastáticos (ovário, tireóide, etc.) podem imitar, ocasionalmente, o quadro histológico do carcinoma bronquiolar, mas, enquanto neste os bronquíolos estão sempre conservados, naqueles estão destruídos.

Radiologicamente, as formas micronodulares, localizadas ou disseminadas, acompanhadas ou não de derrame pleural, prestam-se à confusão

com a tuberculose, e as formas difusas com as pneumonias. Do ponto de vista clínico, embora não existam sinais ou sintomas patognomônicos, é a dispnéia um sintoma frequente, intenso e às vezes inicial, do carcinoma bronquiolar. Em regra, ela está em direta relação com o maior ou menor comprometimento dos alvéolos pela neoplasia.

Sob os aspectos prático e acadêmico, é de grande interesse a questão da origem unicêntrica ou multicêntrica do carcinoma bronquiolar. Este problema não está ainda resolvido. Parece-nos que a maioria dos autores admitem a teoria unicêntrica. Se for comprovada a teoria multicêntrica, a terapêutica cirúrgica perde a sua importância como arma curativa, relegando-se a uso puramente paliativo. Esta questão é complexa e não existem pelo menos até onde pudemos colher informações, pesquisas aprofundadas sobre a mesma. Acreditamos, baseados nos dados morfológicos e na biologia do carcinoma bronquiolar, que a possibilidade da sua origem multicêntrica é muito mais real do que admite a maioria dos autores.

Dos 4 casos apresentados, 3 foram obtidos em necropsia e 1 constitui peça cirúrgica (pneumectomia direta). Os casos de necropsia eram todos avançados, embora com história clínica de apenas 6 a 8 meses. O caso operado era assintomático e foi descoberto no curso de exame radiológico do ombro direito por suspeita de artrite ou bursite. Atualmente esta paciente apresenta gânglios cervicais volumosos e metástase na mandíbula.

Finalizando, desejamos chamar a atenção para o diagnóstico precoce desta neoplasia que é muito mais frequente do que se pensa. Diante de qualquer síndrome pulmonar, com imagens radiológicas como as que mencionamos com ou sem derrame pleural, este diagnóstico deve ser levado em consideração. O exame citológico da secreção brônquica (80% de positividade) e do líquido pleural é o meio diagnóstico mais útil e deve ser empregado sem demora.

TRIUNFANDO através dos tempos e de geração em geração, como a linhagem dos animais puro-sangue, CODEINA e CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

GOTAS IBEL

(CODEINA - CLOR. DE ETILMORFINA)



Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina	0,003 g.
Codeína	0,004 g.
Tintura de Lobelia	0,1 g.
Tintura de Grindelia	0,1 g.
Tintura de Crataegus	0,1 g.
Água de Louro Cereja	0,2 g.

Modo de usar:

Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.

R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFILIGRAFIA

Sessão em 13 de novembro de 1956

Presidente: Dr. Norberto Belliboni

Pinta ou caratê. Doente oriundo da Bacia Amazônica. Drs. Norberto Belliboni e Marcial Rios (Peru). — Os autores observaram um paciente proveniente da Bacia Amazônica (Estado de Goiás), onde trabalhava em seringais. Há 10 anos vinha apresentando manchas escuras nos membros inferiores, as quais, com o tempo, foram clareando. Em seguida, elementos semelhantes manifestaram-se no dorso, rosto, membros superiores, abdome, de cor azul pardacenta ou enegrecida. Com o decorrer do tempo, tornaram-se hipocrômicas, com ou sem descamação e, finalmente, acrômicas (idênticas às lesões de vitiligo). Não referiu qualquer outra sintomatologia; nada se encontrou nos diversos aparelhos. Os exames de laboratório mostraram: a) à biopsia, um quadro inespecífico, mas com infiltrado plasmio-histiocitário ao redor dos vasos e anexos; b) reação de Wassermann quantitativa, 64 u.; c) o campo escuro não pôde ser feito mas o esfregaço e cortes impregnados com a prata (método de Fontana) foram negativos. O tratamento pela Acromicina, na dose de 500 mg cada 8 horas, durante 25 dias, não modificou o aspecto das lesões; a penicilina fez desaparecer as placas hiper-crômicas e a descamação, o que se acentuou quando tomou iodeto de sódio. Os autores salientaram o fato excepcional da observação dum caso de "pinta" em nosso meio, talvez o primeiro caso autêntico observado em São Paulo.

Leucopatia punctiforme simétrica dos membros. Dr. Norberto Belliboni.

— O autor discutiu o caso duma paciente, de cor parda, que há 3 anos apresentava pequenas lesões punctiformes, acrômicas, não confluentes, esparsas nos membros superiores e inferiores. Não se observou clinicamente atrofia nas lesões, embora a pele da paciente, de modo geral, se mostrasse atrofica, lembrando o tegumento da acrodermite crônica atroficante de Pick-Herxheimer. A doente negava categoricamente a existência de lesões prévias, de outra natureza, em tais manchas. A biopsia mostrou certo grau de atrofia dermo-epidérmica, mesmo fora das lesões. A creatina e a creatinina no sangue estavam dentro dos limites da normalidade. O tratamento com vitamina E em altas doses, bem como vitamina A e ácido ascórbico, não proporcionou resultados satisfatórios. Foram aventadas as hipóteses de leucopatia punctiforme e reticulada dos membros (moléstia de Matsumoto, variedade de vitiligo encontrada com certa frequência no Japão e que não se confunde com o vitiligo marchetado) e a de morféia em gotas ou "white spot disease", mas faltavam elementos característicos, clínicos e histológicos. Como o caso não podia ser enquadrado entre o vitiligo nem na esclerodermia, os autores adotaram a designação de "leucopatia punctiforme simétrica dos membros", que apresenta grande semelhança com a moléstia de Matsumoto, sem, contudo, identificar-se com ela.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Sessão em 28 de setembro de 1956

Presidente: Dr. Arnaldo Dellivenneri

Anatomia patológica das cervícites. Dr. Mocyr de Freitas Amorim. — O autor fez uma diferenciação histológica entre endocervicite e inflamação

da portio. Distinguiu as endometrites propriamente do corpo, das que se instalam nas vizinhanças do orifício interno do canal cervical.

realmente **NOVO**
terapêutica racional da TOSSE

Kavesan

Ação anestésica local -
Mefenesina

Ação anti-histaminica -
Maleato de pirilamina

Ação sedativa bulbar -
Fosfato de codeína

Ação expectorante -
Citrato de sódio e
Benzoato de sódio

Ação protetora dos
epitélios - Vitamina A

Indústrias Farmacêuticas



Fontoura-Wyeth S.A.

"Tradição e Qualidade a Serviço da Prática Médica"

Nos Estados Unidos. **Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia**
No Brasil: **Ind. Farm. Fontoura Wyeth S. A. - São Paulo**

Focalizou a diferenciação do processo inflamatório da pórtio, da leucoplasia e da moléstia de Bowen. Lembrou a etiologia das cervicites, classificando-as em específicas. Encarou a mudança de epitélios, estabelecendo a zona de transição classicamente considerada como ponto de predileção para o carcinoma. Lembrou a denominação clássica dada por R. Mayer, de "erosão verdadeira" à perda do epitélio da região, ou seja a fase que precede a invasão do epitélio cilíndrico; logo após sobrevém o primeiro período de reepitelização, em que há vasodilatação, congestão local, etc., correspondente à invasão pelo epitélio cilíndrico. A seguir, processa-se a segunda fase de reepitelização de R. Mayer, em que o epitélio cilíndrico é substituído pelo pavimentoso da vagina e as glândulas, com seus canais obstruídos, sofrem, segundo alguns autores, uma verdadeira metaplasia (ovos de Naboth). O autor insistiu sobre estas modificações sucessivas dos diversos tipos de epitélio, provocando verdadeira luta de epitélios, que favorece a instalação de uma zona pré-cancerosa; esta, em geral, se inicia por uma placa de leucoplasia, que não deve ser confundida com o câncer. O autor lembrou, depois, ainda como pré-câncer, além da leucoplasia, a moléstia de Bowen, que, em virtude de só se transformar em câncer após 20 a 30 anos, também não deve ser considerada como o verdadeiro tecido canceroso. Encarou finalmente, a patogenia do carcinoma, lembrando que, para eclosão do mesmo são sempre necessários fatores iniciadores e fatores promotores.

Colposcopia nas cervicites. Dr. Paulo Gorga. — O autor teceu comentários sobre a importância da colposcopia nas cervicites, pois permite surpreender zonas pré-cancerosas e cancerosas; lembrou os três S relativos ao processo — surpreender, suspeitar, selecionar — que estabelecem o traço de união entre a clínica e o exame histológico. Focalizou depois a técnica e os preceitos que devem presidir ao exame colposcópico para que dêle se possa tirar o máximo de proveito. Passou a focalizar as imagens de Hin-

selmann, na seguinte evolução: leucoplasia, mosaico e zona de transformação. Terminou suas considerações referindo os resultados de suas pesquisas.

Terapêutica das cervicites. Dr. José Gallucci. — O autor, inicialmente, dividiu as cervicites em duas formas: agudas e crônicas. Para as primeiras insistiu no tratamento clínico geral, bem como abstração de qualquer manobra local. O tratamento da cervicite crônica terá por fim proporcionar a cicatrização ou reepitelização da cérvix. Para isto, o autor salientou o valor da diatermocoagulação, considerando obsoletos os demais processos químicos, como o nitrato, o cálcio de Filhós, etc., principalmente considerando o tratamento em hospital, em que o tempo tem grande importância. A orientação seguida na Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é fazer, em todos os casos, previamente à diatermocoagulação, exames indispensáveis, como colposcopia, colpocitologia, teste de Schilles, biópsia se necessário, exames que contribuam para elucidar e delimitar exatamente o âmbito da lesão. Acentuou também a necessidade de exames propedêuticos no intuito de estabelecer a fase do processo, pois a fase aguda contra-indica não só a diatermocoagulação, como quaisquer manobras locais; para tanto, emprega a reação de Fareus, o hemograma, etc. O autor lembrou também o tempo ótimo em que aquela deve ser realizada, isto é, a fase intermenstrual, procurando-se sempre evitar a sua feitura em plena gravidez. Focalizou depois os processos cirúrgicos usados em casos excepcionais, como a amputação do colo e a traqueleorrafia, hoje abandonada por esconder o processo, que poderá evoluir para malignidade acobertado por esta terapêutica. A seguir, o autor focalizou os acidentes da diatermocoagulação, ou sejam, a exacerbação de processos parametriais, anexiais, a hemorragia por queda de escaras, etc. Julga importante a aplicação, logo após a diatermocoagulação, das geléias de antibióticos para prevenir infecções.



Thiaminose

VITAMINA B₁
VITAMINA C
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS
AFECÇÕES HEPÁTICAS
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm³

LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.

Sessão em 28 de outubro de 1956

Presidente: *Dr. Arnaldo Dellivenneri*

Gravidez prolongada. Dr. Adauro Martinez. — Quando a gestação é realmente prolongada, não se pode negar a prenhez prolongada, porém, é difícil prová-la. Holmes dizia que a pós-maturidade era produto da imaginação do parteiro. Alguns autores (Eastman, Greenhill) não a consideram e, portanto, não admitem o problema. Quanto à influência na mortalidade, parece que a idade da gestação influi sobre o peso do feto; Clifford cita que 85% dos hipermaturos morrem e não chegam, pois, aos pediatras. A mortalidade pré-natal é muito grande. Alguns acreditam que esta grande mortalidade intra-uterina seja devida a deficiência da placenta. O autor teceu, ainda, comentários a respeito da saturação de oxigênio nos vasos durante os períodos de gestação, concluindo que a hipóxia não explica a maior mortalidade nos fetos nascidos de prenhez prolongada.

Gravidez prolongada. Dr. Walde-mar H. Cardim. — O autor ressaltou inicialmente a dificuldade do diagnóstico exato da prenhez e consequente diagnóstico de hipermatu-ridade. Cerca de 85% dos hiperma-turos falecem antes do parto, não che-

gando ao conhecimento dos pediatras. Citou os trabalhos mais modernos sobre o assunto, sobretudo os de Clifford, Smith, Walter, para passar em seguida à importância clínica do problema, pois os hipermaturos con-tribuem substancialmente para a mor-talidade perinatal. Dos trabalhos acompanhados ressalta uma incidência de 5% de hipermaturos, em média. Quanto ao quadro clínico, descreveu as três manifestações clássicas da hi-permatu-ridade, sobretudo o aspecto geral do recém-nascido e coloração da pele, a coloração característica do cordão umbilical, vernix caseoso, etc., assim como as alterações do psi-quismo do recém-nascido hipermaturo. Sobre a etiopatogenia discorreu a respeito das alterações do vernix ca-seoso e da disfunção placentária, con-sideradas causas fundamentais. O tratamento profilático é da alçada da obstetrícia, sendo que ao pediatra compete ministrar aos recém-nascidos que sobrevivem os cuidados dispen-sados aos prematuros, com especial atenção para os sinais de anóxia. É recomendado o uso sistemático de antibióticos para as infecções super-venientes, oxigenioterapia, vitamina K, etc.

Sessão em 30 de outubro de 1956

Presidente: *Dr. Arnaldo Dellivenneri*

Estudo clínico e experimental da histoquímica da fibra uterina na fisiologia e na patologia da gravidez e do parto (Nota prévia). Dr. Henrique Paraventi. — Estão sendo elaborados, na Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina, em colaboração com a Cadeira de Histologia e Embriologia Geral (Dr. Wilson S. Sasso), pesquisas sobre as prováveis alterações qualitativas e de intensidade de reação dos seguintes elementos histoquímicos: enzimas; fosfatase alcalina; citocromoxidase e succinodeidrogenase; ribonucleoproteínas; ácidos ribonucleico e deso-

xirribonucleico; mucopolissacarídeos, lípidos e glicogênio. O autor estudará certos elementos com referência às modificações gravídicas, o seu comportamento em face das distócias funcionais, em úteros de eclâmpticas e no descolamento normoplacentário. O material é retirado do segmento inferior e do corpo do útero por ocasião de cesáreas ou de histerectomias. O autor se propõe, ainda, a completar estes estudos experimentalmente em ratas prenhes, não prenhes, na par-turição espontânea e nas distócias funcionais provocadas.

A coréia gravídica e seu tratamento pelo ACTH. Drs. Caetano Giordano, Mansur B. Gebara e Rubens Angulo.

— Os autores definiram a coréia de Sydenham como doença infecciosa aguda, caracterizada por movimentos involuntários, arritmicos e desordenados. Quando surgem os sintomas ou se reativam pela gravidez, embora a ela não se subordinem etiologicamente, diz-se coréia gravídica ou síndrome coréica da gestação. Foram discutidos o histórico, a etiologia e a frequência desta síndrome. Os autores passaram ao estudo da patogenia e anatomia patológica, salientando que lesões do tipo inflamatório foram observadas na região estriada, na protuberância, no cerebelo e no córtex cerebral. O quadro clínico foi esmiuçado, sendo estudados pormenorizadamente os sintomas nervosos e psíquicos das gestantes portadoras de coréia gravídica. A evolução e o prognóstico foram também estudados. Quanto ao tratamento, os autores propugnaram o emprego do ACTH, com bons resultados, principalmente nos casos graves, com mau estado geral, distúrbios da consciência e delírio, como observaram uma vez. Finalmente, apresentaram 8 observações de coréia gravídica tratada pelo ACTH, com ótimos resultados, isto é, mães curadas e fetos vivos.

Diabetes insípido e ciclo grávido-puerperal. Drs. Caetano Giordano, Mansur B. Gebara, Emílio Mastroianni, Rubens F. Queiroz e Dib el Kadre.

— Os autores iniciaram o estudo do diabetes insípido no ciclo grávido-puerperal, realizando uma revisão histórica, a partir das observações de Thomas Willis em 1670. A moléstia caracteriza-se por um distúrbio crônico do metabolismo hídrico, que promove a passagem de excessiva quantidade de urina, de baixa densidade (1001 a 1005) e pobre em cloretos, através dos túbulos renais. A seguir, foi estudada a importância e a frequência do diabetes insípido, que ocorreu 2 vezes, num total de 16.000 gravidezes, na Clínica Obstétrica da Escola Paulista de Medicina. Os autores ressaltaram o estudo da anatomia e fisiologia do sistema hipotálamo-hipofisário, para melhor compreensão do assunto. Em seguida, estudaram as influências do sistema endócrino sobre o metabolismo hídrico, particularmente a hormonologia placentária. Após o estudo da classificação e da etiopatogenia, os autores se fixaram especialmente na relação do diabetes insípido com o ciclo grávido-puerperal. Finalmente, apresentaram 2 casos pessoais.

DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

Sessão em 7 de novembro de 1956

Presidente: *Dr. Humberto Costa Ferreira*

Determinação do chamado doador universal perigoso. Dr. Ruy Faria. — O autor chamou a atenção para as provas que deveriam ser feitas na determinação do doador perigoso, bem como o critério que devia orientar o hemoterapeuta na classificação desse doador: título de anticorpos regu-

lares anti-A e anti-B, título de anticorpos imunes (prova de Coombs indireta), título de hemolisinas. Criticou trabalhos estrangeiros, nos quais esse critério, exageradamente rígido, acabava impugnando cerca de 40% dos doadores.

Sessão em 7 de dezembro de 1956

Presidente: *Dr. Humberto Costa Ferreira*

Sobre hemaglutininas de alérgenos vegetais. Dr. J. Targino de Araujo. — Alérgenos vegetais foram exami-

nados com hemácias A₁, B e O, suspensas em solução fisiológica ou soro AB. Uma modificação técnica foi

aplicada, adicionando-se 1% de soro AB à solução fisiológica usada para suspender as hemácias, evitando a aderência dos aglutinados ao tubo e facilitando a leitura. Entre 32 alérgenos vegetais, 29 deram reações negativas; é contribuição para a sistemática dos anticorpos vegetais, já que poucas dessas plantas haviam sido pesquisadas. Os 3 restantes alérgenos apresentaram hemaglutininas, fato de há muito conhecido para 2 deles; o terceiro (tomate) fôra negativo em

investigações recentes, mas positivo em antigas, não publicadas. A atividade hemaglutinante do alérgeno e do suco de tomate em meio salino é ligeiramente inferior à em soro AB. A temperatura influi pouco sobre as reações. O título do suco de tomate é, para suspensões salinas, de 100 a 300 e, em soro AB, de 200 a 400. As reações do suco de tomate com sangue de diferentes pessoas variam de intensidade, porém, deixam de mostrar especificidade.

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Sessão em 14 de setembro de 1956

Presidente: Dr. Luís Rey

Aplicação da prova de confirmação na determinação do número de bactérias coliformes nas águas das praias de Santos e São Vicente. Drs. Dácio de Almeida Christovão, José M. de Azevedo Neto, Haroldo Jezler e Helvécio Brandão. — A pesquisa quantitativa de microorganismos coliformes nas águas das praias dos Municípios de Santos e São Vicente, realizada pelos três primeiros autores em 1954, revelou a pessima situação sanitária dos primeiros quilômetros da Praia Grande (como era de esperar, dado que as duas cidades lançam os esgotos in natura na sua proximidade) e veio evidenciar pela primeira vez o considerável grau de contaminação de vários trechos das praias dessas cidades. Essa pesquisa fôra feita, de acordo com os métodos padrões norte-americanos então vigentes, através do uso exclusivo da "prova de presunção". Em vista da escassez absoluta de dados sobre o comportamento dos resultados da pesquisa de coliformes na água do mar em relação aos diferentes tipos de provas do método padrão, os autores realizaram o presente trabalho a fim de julgar o valor da "prova de confirmação" no caso em foco. Haveria a possibilidade de parte considerável dos resultados encontrados anteriormente não ser verdadeira, devido à maior resistência das bactérias esporuladas, característica que poderia facilmente fazer com que sobrevivessem à ação bacte-

ricida da água do mar em número muito maior que os coliformes e viessem a falsear substancialmente a "prova de presunção". Por outro lado, no caso dos resultados obtidos através da "prova de confirmação" não se mostraram muito diferentes daqueles evidenciados pela "prova de presunção", este trabalho não só confirmaria os dados revelados pela pesquisa anterior, como também forneceria base aos órgãos que passaram a fazer o controle bacteriológico das águas das referidas praias, para decidirem do emprego mais dispendioso da "prova de confirmação" (a qual, no período decorrido entre a realização destes exames e a presente comunicação de seus resultados, passou a ser recomendada pela última edição dos métodos padrões norte-americanos na determinação da balneabilidade das águas).

Examinaram-se 276 amostras de água da Praia Grande e das praias de Santos e de São Vicente, tendo-se inoculado o total de 3.312 porções. A "prova de confirmação" — feita, naturalmente, a partir das "provas de presunção" positivas — foi realizada pelo emprego do caldo bile-lactose-verde-brilhante, o qual, via de regra, fornece 98% de informação verdadeira. Foram empregados, ao todo, 5.374 tubos de meio de cultura: 3.312 tubos de meio presuntivo e 2.062 do meio confirmatório. Os resultados são apresentados em seguida.

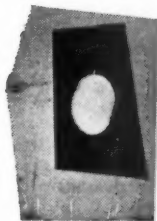
MISTECLIN

O tratamento com os antibióticos habituais de amplo espectro dá origem, frequentemente, a crescimento excessivo de *Candida albicans* (monília), em virtude desses medicamentos não apresentarem efeito antimicótico. Entre as manifestações do crescimento excessivo de monília podem-se citar a diarreia e o prurido anal relacionados com a antibiótico-terapia, assim como a monilíase vaginal e bucal. Em alguns casos, podem ocorrer infecções sistêmicas graves, às vezes letais, causadas por monília.

O tratamento com **MISTECLIN** (Tetraciclina-Nistatina Squibb)

O antibiótico mais seguro e de maior espectro anti-infeccioso

O tratamento com Misteclin não só é eficaz na terapêutica de muitas infecções habituais mas, também, protege o paciente contra o crescimento excessivo de monília. Misteclin é o único antibiótico que oferece a proteção da ação combinada da Nistatina Squibb, o primeiro antibiótico seguramente ativo contra fungos, e da Tetraciclina Squibb, o antibiótico de grande espectro melhor tolerado.



Cada drágea de Misteclin contém 250 mg de Cloridrato de Tetraciclina e 250.000 u. de Nistatina.

Dose mínima para adultos:
1 drágea, 4 vezes ao dia.

Apresentação:
Frascos com 12 drágeas.

"MISTECLIN" É UM NOME REGISTRADO

SQUIBB

Atribuindo-se ao número de porções positivas na "prova de confirmação" (incubação até 48 horas) o valor 100, encontrou-se, para cada um dos três grupos considerados, o seguinte: a) Em Santos, os números positivos na "prova de presunção" lida às 24 e 48 hs. de incubação corresponderiam, respectivamente, a 106,5 e 115,1; o número de porções confirmadas dentre as positivas na "prova de presunção" às 24 hs. de incubação teria o valor 97,6; b) Em São Vicente, os números de porções positivas na "prova de presunção" lida às 24 e 48 hs. de incubação, corresponderiam, respectivamente, a 106,2 e 118,0; o número de porções confirmadas dentre as positivas na "prova de presunção" às 24 hs. de incubação, teria o valor 95,0 c) Na Praia Grande, os números de porções positivas na "prova de presunção" lida às 24 e 48 hs. de incubação corresponderiam, respectivamente, a 116,5 e 137,1; o número de porções confirmadas dentre as positivas na "prova de presunção" às 24 hs. de incubação, teria o valor 93,1.

Em vista desses resultados, parece não ser compensador o emprego da "prova de confirmação" na pesquisa das bactérias coliformes nas águas das praias de Santos e São Vicente. Os resultados da "prova de presunção" lida às 24 hs. de incubação aumentariam de muito o número verdadeiro. Quanto à Praia Grande, a nova situação criada pela atual cloração dos esgotos lançados na Enseada do Itaipu, inexistente na ocasião em que se fez esse trabalho, passou a exigir realmente o poder bacteriostático seletivo dos meios confirmatórios, pelo menos para as águas dos primeiros 6 km da praia, fortemente sujeitos, segundo o inquérito de 1954, à contaminação dos esgotos de Santos e São Vicente. Para as águas dos locais mais afastados, a "prova de confirmação" provavelmente não traria vantagem apreciável.

Os resultados agora divulgados confirmam plenamente os da investigação anterior.

Comparação entre o caldo lactosado e o caldo lauril-triptose na determinação do número de bactérias coliformes nas águas das praias de San-

tos e São Vicente. Dr. Dacio de Almeida Christóvão. — A pesquisa quantitativa das bactérias do grupo coliforme nas águas se inicia pela "prova de presunção", que tanto pode ser realizada em caldo lactosado simples, como em caldo lauril-triptose, de acordo com a última edição dos métodos padrões norte-americanos. A penúltima edição, em vigor quando a parte experimental deste trabalho foi executada, permitia o emprego do caldo lauril-triptose unicamente após a comparação prévia de sua eficácia com a do caldo lactosado em cada condição particular ter revelado resultados satisfatórios. O caldo lauril-triptose tem sido apresentado na literatura como grandemente vantajoso, por diminuir o número de provas presuntivas falsas, trazendo economia de tempo e de material aos laboratórios de controle da potabilidade ou balneabilidade de águas. Tendo encontrado uma única referência na literatura sobre o emprego desse meio no exame de água do mar, relativo a trabalho realizado com apenas 10 amostras e 40 porções inoculadas, o autor julgou de interesse verificar a sua aplicabilidade nos casos particulares das águas das praias de Santos, São Vicente e Praia Grande. A comparação foi efetuada pela inoculação simultânea de amostras em várias diluições, em três tubos cada uma, tanto de caldo lactosado, como de caldo lauril-triptose. De todas as porções positivas foram inoculados tubos de caldo bile-lactose-verde-brilhante, para a obtenção da confirmação dos resultados. Foram desse modo examinadas 203 amostras (72 de águas das praias de Santos, 52 de São Vicente e 79 da Praia Grande), tendo sido inoculado o total de 2.436 porções em caldo lactosado e em caldo lauril-triptose. Foram assim empregados 2.436 tubos de cada um desses meios presuntivos e mais 3.002 tubos do meio confirmatório, exigindo este trabalho, portanto, a inoculação de 7.874 tubos de meio de cultura. Os principais resultados são resumidos a seguir.

Atribuindo-se o valor 100 ao número de porções positivas na "prova de confirmação" (incubação até 48 horas) obtida a partir da "prova de presunção" em caldo lactosado, foi

Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO
MELHOR ABSORÇÃO
PERFEITA ESTABILIDADE
SABOR DELICIOSO

Pellets

A-VI-PEL
D-VI-PEL
A-D-VI-PEL
POLI-VI-PEL
VITSALMIN

Emulsões

A-D-BOM
EMULVIT



encontrado, para cada um dos três grupos de praias considerados, o seguinte: a) Em Santos, os números de porções positivas nas "provas de presunção" efetuadas em caldo lactosado e em caldo lauril-triptose e lidas às 24 e 48 hs. de incubação corresponderiam, respectivamente, a 106,5 e 115,1 para o primeiro meio referido e a 103,9 e 111,4 para o segundo; os números de porções confirmadas dentre as positivas nas "provas de presunção" às 24 hs. de incubação teriam os valores de 97,6 e 96,3, respectivamente, para o caldo lactosado e para o caldo lauril-triptose; o número total de porções confirmadas a partir do caldo lauril-triptose corresponderia a 98,9; b) Em São Vicente, os números de porções positivas nas "provas de presunção" efetuadas em caldo lactosado e em caldo lauril-triptose e lidas às 24 e 48 hs. de incubação corresponderiam, respectivamente, a 106,2 e 119,0 para o primeiro meio referido e a 98,0 e 109,2 para o segundo; os números de porções confirmadas dentre as positivas nas "provas de presunção" às 24 hs. de incubação teriam os valores 94,4 e 92,2, respectivamente, para o caldo lactosado e para o caldo lauril-triptose; o número total de porções confirmadas a partir do caldo lauril-triptose corresponderia a 95,8; c) Na Praia Grande, os números de porções positivas nas "provas de presunção" efetuadas em caldo lactosado e em caldo lauril-triptose e lidas às 24 e 48 hs. de incubação corresponderiam, respectivamente, a 110,3 e 121,5 para o primeiro meio referido e a 94,9 e 116,9 para o segundo; os números de porções confirmadas dentre as positivas nas "provas de presunção" às 24 hs. de incubação teriam os valores 94,9 e 87,5 respectivamente, para o caldo lactosado e para o caldo lauril-triptose; o número total de porções confirmadas

a partir do caldo lauril-triptose corresponderia somente a 93,2.

Ante esses resultados, pareceria aconselhável o emprego do caldo lauril-triptose no caso de se adotar unicamente a realização da "prova de presunção" com leitura às 24 hs. de incubação, pois seria o meio que daria resultados mais próximos dos obtidos pelas "provas de presunção" em caldo lactosado, com leitura até 48 hs. de incubação, seguida da "prova de confirmação". No entanto, sua vantagem pareceria de pequena monta.

Tratamento da esquistossomose mansônica por via oral. Resultados obtidos com o emprego do cloridrato de Miracil D (esquema de 20 dias) e do óxido estanhoso. Drs. Marcelo O. A. Corrêa e Vicente Amato Neto. — Utilizando esquema terapêutico preconizado por Halawani e col. (1955), os autores trataram, por meio do cloridrato de Miracil D, 9 pacientes adultos com esquistossomose mansônica. Administraram duas ou três drágeas de 200 mg ao dia, durante 20 dias. Foi frequente a ocorrência de manifestações colaterais, como náuseas, vômitos, anorexia, diarreia, cólicas abdominais, fraqueza, mal-estar, tonturas e insônia. Não obtiveram cura parasitológica de nenhum dos indivíduos tratados.

Empregando o Bilharstan, produto à base de óxido estanhoso, trataram 2 doentes adultos com a mesma parasitose. Após o tratamento persistiu a eliminação de ovos de *Schistosoma mansoni* em ambos os casos, confirmando assim os autores suas observações anteriores, em contraposição com os resultados de Mauzé e Arnaud (1954). A esses pacientes foram dados 8 comprimidos de 0,5 g ao dia, durante 8 dias, em três séries de tratamento, com intervalos de uma semana.

Sessão em 4 de outubro de 1956

Presidente: Dr. Pedro José de Carvalho


Notas sobre o quadro hematológico em esquistossomóticos em área de baixa endemicidade (Santos, Estado de São Paulo). Drs. J. O. Coutinho

e Eiko Tsuzuki. — Os autores apresentaram observações feitas em 21 esquistossomóticos, do tipo II, da cidade de Santos (Estado de São Paulo).




BETADOZE

Apresentação: Caixas com
2 ampôlas de 2cc.



*Uma associação de
vitaminas do grupo B.*



VITAMINA B₁ — 100 mg.
VITAMINA B₆ — 50 mg.
VITAMINA B₁₂ — 1.000 mg.



LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.
Rua Maria Paula, 136 — Tel. 33-4263 — Cx. Postal, 847 — São Paulo

Os resultados encontrados nesse grupo mostraram pequenas alterações no quadro hematológico, de pouca significação, podendo ser considerados como dentro dos limites da normalidade. Comparavam os valores médios desse grupo, com os de grupo semelhante de esquistossomóticos, estudado na cidade de Aracaju (Estado de Alagoas) por Pessoa e Coutinho (1952), tendo encontrado diferenças significantes nas duas amostras estudadas. No grupo de Aracaju foi evidenciada anemia hipocrômica macrocítica; os indivíduos eram praticamente normais no grupo de Santos. Provavelmente, a anemia esquistossomótica deve estar condicionada ao grau de parasitismo e às carências alimentares pronunciadas, nas áreas endêmicas do Nordeste brasileiro.

Sobre o encontro de leishmânias na pele de doentes de calazar. Drs. Maria Baumgarten Deane e Leonidas M. Deane. — Em 43 doentes de calazar, com diagnóstico comprovado por exame da medula óssea, foi feita biópsia de pele de aparência normal, para pesquisa de leishmanias. A colheita era feita antes da instituição do tratamento específico. A pesquisa dos parasitas, efetuada em cortes e esfregaços, resultou positiva em 7 (16,3%) doentes. Nos cortes, os histiócitos contendo leishmânias dispunham-se principalmente em torno dos vasos, nas camadas mais profundas do derma, porém, também nas mais superficiais e no hipoderma. Em 2 casos o parasitismo era intenso; nos demais, moderado ou escasso. Noutro grupo de 15 pacientes cujo calazar havia sido curado entre 2 meses e 2 anos antes, o exame de cortes de pele colhida em trechos de aparência anormal principalmente áreas hipó ou hiperpigmentadas) foi negativo.

Os autores teceram comentários sobre a localização cutânea das leishmânias em casos de calazar humano em outras áreas endêmicas, concluindo que, entre nós, o parasitismo da pele parece bastante freqüente para assegurar ao homem doente um papel relativamente importante como reservatório da *Leishmania donovani*. Por outro lado, esse parasitismo cutâneo não parece suficientemente comum e abundante para que se considere o

exame da pele como um bom método para o diagnóstico parasitológico da leishmaniose visceral, como asseveraram alguns investigadores.

Investigações sobre infecções causadas por vírus do grupo da psitacose em São Paulo. Estudo clínico, radiológico e de laboratório em casos de pneumopatia. Drs. Raymundo Martins Castro, Luís Augusto Ribeiro do Valle e Hermelino Herberster Gusmão. — *Resumo* — Os autores apresentaram 2 casos de pneumopatias agudas estudados clínica, radiológica e etiológicamente.

O primeiro caso foi observado na 3.^a Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em abril 1953. Tratava-se de um adolescente que procurou o hospital com afecção aguda do aparelho respiratório, com características clínicas e radiológicas de broncopneumonia. Foram feitas provas de fixação do complemento para vírus do grupo da psitacose e para a febre Q, em uma amostra de soro colhida cerca de 40 dias após o início da doença. A reação de fixação do complemento para vírus do grupo psitacose foi positiva ao título de 1:256, e a de febre Q, positiva a 1:16. Conquanto, com esses dados, não se possa afirmar com certeza absoluta tratar-se de uma infecção pelo vírus do grupo da psitacose, por ter sido estudada apenas uma amostra de soro, os autores julgam que os dados clínicos, radiológicos e epidemiológicos (quando inquirido, o paciente referiu contacto com psitacose doente) e o título elevado de anticorpos na convalescença, avaliados em conjunto, fazem crer que seja provável ter sido um vírus desse grupo o responsável por esta infecção. O paciente foi tratado com clortetraciclina, com ótimo resultado.

O segundo caso é o de um adulto observado em seu domicílio em junho-julho 1956. Apresentava um quadro clínico e radiológico de "pneumonia atípica". Neste caso o diagnóstico de infecção por vírus do grupo da psitacose pôde ser estabelecido com segurança por ter sido possível o estudo de duas amostras de soro, uma da fase aguda (5 dias de moléstia) e outra da convalescença (64.^o após

Início de uma
nova era no
tratamento de

*artrite reumatóide
asma brônquica
afecções alérgicas
doenças do colágeno*

METICORTEN

PREDNISONA

e

METICORTELONA

PREDNISOLONA

São 3 a 5 vezes mais potentes que a
cortisona ou a hidrocortisona.

Não produzem retenção de água nem de sódio.

Não alteram o metabolismo dos hidratos de carbono.

Não aumentam a excreção de potássio.

Não elevam a pressão arterial.

Schering


o início da moléstia), tendo havido nítido aumento do título de anticorpos fixadores do complemento para os vírus do grupo da psitacose no decurso da moléstia. A reação de fixação do complemento para febre Q, as provas de inibição de hemaglutinação para influenza e a pesquisa de crioaglutininas foram negativas.

A terapêutica, feita pelo cloranfenicol, em pequena dose (1 g ao dia) ofereceu resultados medíocres. A possível fonte de infecção deste caso está sendo estudada pelos autores, em colaboração com os Drs. Nóbrega, Trapp e Giovanoni. Em ambos os casos foi feita a reação de Frei, com resultado negativo.

Sessão em 5 de novembro de 1956

Presidente: Dr. Luís Rey

Glossário de epidemiologia. Dr. Ary Walter Schmid. — O autor discutiu a necessidade de se ter um glossário de termos epidemiológicos, para que se possa chegar a uma uniformidade na nomenclatura. Apontou as vantagens que daí decorreriam, lembrando que seria conveniente o estabelecimento oficial desses termos e de seu significado em congressos de âmbito nacional; seria, então, possível adotá-los em todo o Brasil. Sugeriu ainda que se façam glossários para os outros ramos da Saúde Pública; poder-se-ia, então, ter um dicionário, muito útil aos nossos sanitistas. Finalmente, apresentou uma lista dos principais termos usados em epidemiologia, em número de 200 aproximadamente, classificados segundo a ordem alfabética, com seus respectivos significados, sinonímia e exemplos ilustrativos.

Estudo sobre o valor do "anal swab" no diagnóstico da teníase por *Taenia saginata*. Drs. Vicente Amato Neto, Cláudio Santos Ferreira e Delmo Luís Altério. — Nove pacientes com teníase por *Taenia saginata* devidamente comprovada foram submetidos a exame pelo processo do "anal swab", segundo a técnica recomendada por Waib e col. (1954). Em cada doente foi realizada uma única pesquisa. Seis pacientes vinham eliminando proglotes do parasito e, em cinco deles, ocorreu encontro de ovos ao exame pelo processo citado. O exame de um indivíduo que vinha eliminando proglotes e de outros três que referiram não os estarem eli-

minando resultou negativo. Os autores salientaram que o processo do "anal swab" representa outro recurso utilizável para o diagnóstico da teníase, mas que, nos casos estudados, a eliminação de proglotes foi superior como elemento indicativo da existência da parasitose.

Considerações em torno da organização e funcionamento de Serviço Médico em zona rural da periferia da cidade de São Paulo. Drs. Saul Goldenberg e Henrique José Kulikowsky. — Os autores, inicialmente, demonstraram a possibilidade, sempre viável e necessária, da organização de Postos Médicos, sobretudo em zonas desprovidas de recursos médicos. Focalizaram a organização e funcionamento de seu Serviço Médico, que abrange inúmeras localidades sem qualquer assistência médica, no Distrito de Diadema da Comarca e Município de São Bernardo do Campo, e constituído de dois Postos Médicos e um Laboratório de Análises Clínicas. Apresentaram os dados relativos à sua atividade, desde o início de seu funcionamento até a data atual. As crianças e os indivíduos de sexo feminino procuram com mais frequência os benefícios do Serviço. Chamaram ainda a atenção para a necessidade de estimular e auxiliar o recém-formado, atraíndo-o e apoiando-o na organização de Postos Médicos nas zonas que mais os necessitam. Salientaram que o apoio do Poder Público e da iniciativa privada é um imperativo categórico para se atingir tal finalidade.

Soma dos progressos na córticoterapia suprarrenal anti-inflamatória, visando a utilização da plena atividade hormonal e levando em conta a sensibilidade individual do paciente.

AMBICORTANCYL

(Prednisona + prednisolona)

Reumatismo articular agudo - Poliartrite crônica evolutiva, Espondiloartrite anquilosante - Artroses, gota aguda e crônica, Periartrite escápulo-humeral - Sinovites, bursites, tenosinovites, Talalgias, ciáticas e nevralgias diversas.

Asma brônquica, enfisema pulmonar - Rinites alérgicas, Dermatoses constitucionais e de contato - Psoríasis, pênfigo, Colagenoses - Anemia hemolítica, ferriprivas, leucoses, Hiperplasia suprarrenal.



VIDRO COM 20 COMPRIMIDOS.

Cada comprimido contém

0,0025 g de prednisona e 0,0025 g de prednisolona.

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.



RIO DE JANEIRO

AMC P-1

São Paulo — Rua Bitencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

Sociedade Médica São Lucas

Sessão em 18 de outubro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Netto*

Dia de São Lucas. — A fim de comemorar a passagem do Dia de São Lucas, patrono dos médicos e inaugurar o novo auditório do Sanatório São Lucas, foi realizada uma sessão solene da Sociedade Médica São Lucas, na qual foram inicialmente convidados para participarem da mesa o comendador Abílio Fontoura, presidente da Beneficência Portuguesa de São Paulo e o dr. Aureliano

Leite, conferencista do dia. O principal orador foi saudado pelo dr. Adhemar Nobre, que exaltou a personalidade do ilustre acadêmico. A seguir o dr. Aureliano Leite proferiu interessante conferência sobre São Lucas.

A senhorinha Dirce Nobre disse versos de Cassiano Ricardo e Colômbina.

Sessão em 21 de outubro de 1955

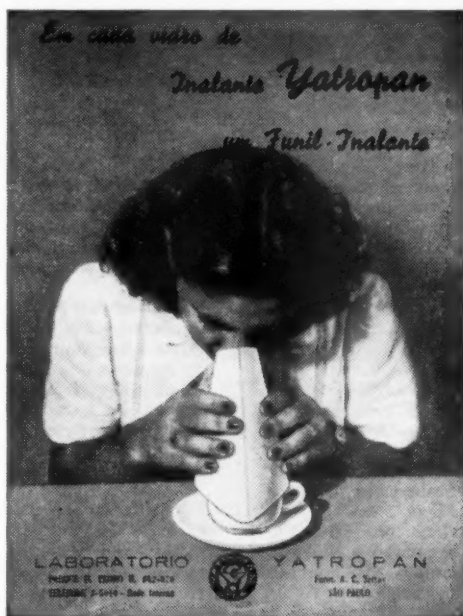
Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Netto*

Cirurgia das vias biliárias. — Dr. Manuel Sanchez, do Peru. O A. discorreu sobre a cirurgia das vias biliárias em Lima. Fêz a apologia da intubação duodenal, assinalando o seu valor no diagnóstico das afecções da vesícula. Acentuou o valor da administração prévia do azul de metileno para o reconhecimento da bile B. Descreveu a orientação seguida na cirurgia das vias biliárias, descendo a interessantes detalhes de técnica e de exploração das vias biliárias, descrevendo o sinal de Dias Ufano para verificações da permeabilidade do Oddi. Posto o trabalho em discussão o dr. Moacyr Boscardin referiu-se a drenagem da cavidade abdominal e à colangiografia operatória; o dr. Paulo Bressan referiu-se à exploração instrumental das vias biliárias.

Por fim o dr. Manuel Sanchez deu esclarecimentos e respondeu a pontos de vista expostos pelos comentadores.

Viagem aos Estados Unidos — Foram exibidos dois filmes tomados pelo Dr. João Dias Ayres durante a sua recente viagem aos Estados Unidos.

III Congresso Internacional de Cirurgiões — O dr. Homero Fornari falou sobre a realização do III Congresso da Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões. Depois referiu-se ligeiramente à parte social, expôs o que viu em Belo Horizonte, citando detalhes do hospital da Fundação Felício Rocho. Discorreu depois sobre a parte científica do Congresso, citando os temas oficiais: pre e posoperatório, cirurgia cardíaca e apendicopatias alérgicas. Relatou as principais discussões havidas. Destacou alguns trabalhos apresentados na seção de temas livres. Citou a homenagem ao dr. José Carlos Ferreira Pires, que, em Formigas, instalara o primeiro aparelho de Raios X vindo para o Brasil, aparelho esse que se acha no Hall da Fama, em Chicago. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a aspectos de Ouro Preto.



Medicação coadjuvante
 na dietética do emagrecimento

ANTI OBESINA

Fórmula por comprimido de 0,47 g:

Sulfato dexedrina	0,00250 g
Reserpina	0,00005 g
DL-Metionina	0,40000 g

★

VIDROS COM 40 COMPRIMIDOS

★

LABORATÓRIOS NOVOTHERAPICA S/A.

Rua Pedroso de Moraes, 977 — Fone 80-2171
 SÃO PAULO — BRASIL

Sessão em 11 de novembro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Netto*

Tuberculose do rim. — Dr. Eurico Branco Ribeiro apresentou um caso de tuberculose do rim, provável, para discussão, diagnóstico e orientação de tratamento. Discutiu o caso o dr. Nelson Rodrigues Netto.

Cirurgia gástrica no Peru. — Dr. Manuel Sanchez. O A. falou sobre nova orientação da cirurgia gástrica, experimentada na clínica do prof. Diaz Ufano. Salientou o valor do exame posoperatório à distância, para bem se avaliar o resultado obtido. Nesse intento, o exame da secreção gástrica é feito como rotina; o estudo hematológico merece também cuidado especial, bem como a exploração radiológica do coto gástrico e intestinos; a alimentação e nutrição do operado é orientada com apurado critério. Patologicamente, verifica-se o síndrome de esvaziamento, o chamado "dumping" e encara-se com interesse o problema da úlcera recidivante. Apresentou dados coligidos no Hospital Obrero. Passou em revista a interposição do delgado como recurso para evitar o dumping.

O dr. Moacyr Boscardin referiu-se ao emagrecimento posoperatório e ao critério de aplicação da nova técnica.

O dr. José Saldanha Faria cuidou da persistência do vômito posoperatório mediato.

O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à hipotensão posoperatória pro-

longada, à interposição de segmentos do tubo digestivo e ao emagrecimento que se observa particularmente nos doentes mais ou menos gordos.

O dr. Manoel Sanchez voltou a falar dando vários esclarecimentos.

II Congresso Nacional de Medicina do Peru. — Dr. Waldemar Machado. O A. apresentou seu relatório sobre o Congresso que acaba de assistir em Lima, em comemoração ao 25.º aniversário da Sociedade Médica Daniel A. Carrion. Referiu-se especialmente aos trabalhos sobre ginecologia e obstetrícia, cujos resumos apresentou.

Atividades do Departamento de Cirurgia de Mulher. — Dr. José Saldanha Faria. O orador discorreu sobre as atividades do Departamento de Cirurgia de mulher sob sua chefia durante o mês de setembro e outubro de 1955, analisando as decorrências posoperatórias, principalmente os vômitos. Referiu-se também os casos mais interessantes observados. O relatório foi discutido pelos drs. Paulo G. Bressan, e Waldemar Machado.

A Cirurgia no Sanatório São Lucas. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. O A. apresentou o 1.º Volume de "Cirurgia no Sanatório São Lucas", correspondente às atividades cirúrgicas no Sanatório São Lucas e no período de 1939-1949.

Sessão em 25 de novembro de 1955

Presidente: *Dr. Jacyr Quadros*

Cefaleia histaminica. — Edmur de Aguiar Whitaker. O A. discorreu "sobre um caso de cefaleia histaminica — considerações diagnósticas e terapêuticas". Leu o A. a observação pormenorizada do seu cliente, entrando depois em considerações sobre a entidade mórbida à luz dos dados da literatura e da sua experiência pessoal. Na discussão, o Dr. Paulo Rebocho referiu-se à hemicrania e ao

mecanismo da vasoconstrição e vasodilatação dos vasos cerebrais.

O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre o uso da Dramamina por via venosa.

O dr. Paulo G. Bressan referiu-se ao Benadryl e a lesões do sistema nervoso central.

O dr. Jacyr Quadros citou a ergotamina.

produz diurese diurna — permite o repouso noturno



Diamox*



Acetazolamida Lederle

Para diurese eficaz e adequada, prescreva DIAMOX! Esse inibidor da anidrase carbônica é facilmente administrado por via oral, todas as manhãs ou em manhãs alternadas. Provoca diurese abundante e imediata e seu efeito se prolonga durante seis a doze horas. É virtualmente atóxico, não acumula nos tecidos orgânicos e se presta particularmente para tratamentos longos. Não é um mercurial ou derivado da xantina. DIAMOX é, em sua classe, a droga mais amplamente prescrita nos receituários médicos e seu emprego se vem estendendo, com magníficos resultados, a outros estados em que se faz indicada a terapêutica diurética.

Literatura e amostras à disposição da classe médica

Comprimidos de 250 mg, ranhurados, para administração oral

Fabricado e distribuído por

Laboratórios LEDERLE do Brasil S. A.

Rua 1.º de Março, 9 - Rio de Janeiro - Rua Lavapés, 326 - São Paulo

LEDERLE LABORATORIES DIVISION Cyanamid Inter-American Corporation
49 West 49th Street, New York 20, N. Y.

♦ Marca Registrada



A ciência a serviço do
médico em benefício
da saúde e do bem
estar da humanidade.

Por fim o dr. Aguiar Whitaker fez novas considerações sobre o assunto em discussão; concluindo que a dissensibilização é tratamento heróico da cefaléia histamínica.

Obstrução da veia cava superior. Dr. Paulo Rebocho. A obstrução da veia cava superior foi exposta pelo A. Descrito o síndrome, referiu que há 145 casos relatados na literatura e agora apresenta mais um em colaboração com o Dr. Moacyr Boscardin, que operou o paciente. Apresentou a observação clínica. Discorreu depois sobre a sintomatologia e sobre as várias causas da compressão da veia cava superior. O exame radiológico evidenciou uma estenose da veia cava superior, resolvendo-se fazer uma toracotomia verificadora.

O dr. Moacyr Boscardin passou a usar a palavra para relatar a operação que realizou.

O dr. Jacyr Quadros fez considerações de ordem radiológica.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fez reparos sobre a denominação da moléstia, parecendo-lhe mais adequada a de estenose.

O dr. Paulo G. Bressan referiu-se à etiologia e à conduta terapêutica.

O dr. Manuel Sanchez salientou a raridade do caso e referiu-se à pressão venosa e a possível suplência da veia azygos no caso de estenose da veia cava superior.

O dr. Miguel Centola opinou sobre o alargamento do mediastino nas radiografias pre-operatórias.

Sobre a nomenclatura, pronunciaram-se os autores, e o dr. Aguiar Whitaker.

Sessão em 9 de dezembro de 1955

Presidente: *Dr. Jacyr Quadros*

Prevenção dos efeitos colaterais no tratamento da tuberculose. — Dr. José Molica (Nota Prévia) — Sobre a prevenção e tratamento dos efeitos colaterais da hidrazida do ácido isonicotínico e da estreptomina pela associação da Vitamina B-6.

Divertículos dos colos. — Dr. Adalberto Leite Ferraz. O A. discorreu sobre "Patologia dos divertículos dos colos", descreveu inicialmente os vários tipos e localizações dos divertículos do intestino grosso. Passou depois a tratar da patologia dos divertículos, apreciando os seus vários aspectos. O diagnóstico diferencial com o câncer foi apresentado. Expôs diagramas esquematizando a patologia dos divertículos. Referiu então a sintomatologia e traçou a orientação terapêutica. A endoscopia pouco valor tem no diagnóstico da diverticulite. A concomitância com o câncer não vai além de 4%. Referiu-se, por fim, à técnica do tratamento cirúrgico.

Referiu-se o dr. Moacyr Boscardin a um caso de diverticulose generalizada.

Dr. Paulo Rebocho viu recentemente três casos de diverticulite e fez considerações de ordem clínica.

Dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se a tendência de formar-se uma fistula uretero-cólica em casos de diverticulite; a amebíase tem papel preponderante na etiopatogenia da diverticulite.

O dr. Jacyr Quadros referiu-se ao aspecto radiológico da afecção, que pode ser diferenciado do câncer, em que o tracto comprometido, geralmente é bem limitado.

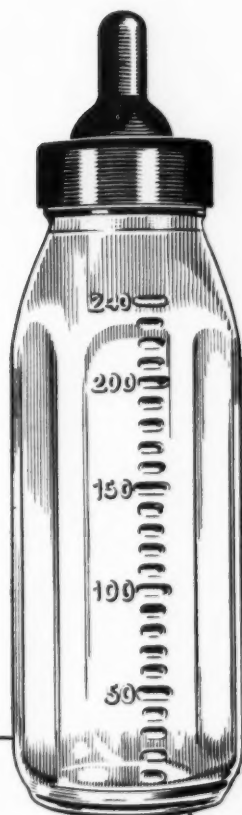
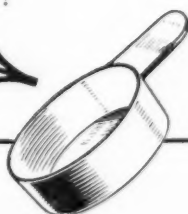
O dr. Adalberto Leite Ferraz fez ainda considerações sobre o assunto.

Cirurgia do câncer da mama. — Drs. Salim Auada e Hélio Chireghini. Os AA. apresentaram um trabalho sobre cirurgia da mama, mostrando modificações que introduziram na técnica de Halsted. Mostraram desenhos demonstrativos e apresentaram

PELARGON...

fácil de receitar...
facílimo
de preparar!

1 medida rasa de pó (5 g)
para cada 20 cm³ de água!



Está pronta a mamadeira de leite
integral acidificado já adicionado
de açúcares e amido pré-cozido.



um filme de operação realizada com os pormenores propostos.

O dr. Manuel Sanchez referiu-se ao emprego de corantes para melhor evidenciarem os vasos linfáticos em cirurgia do câncer.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. Referiu-se aos trabalhos cutâneos em cirurgia da mama, recorrendo à tática de Finocchietto, das perfurações múltiplas da pele, quando há distensão demasiada da pele.

O dr. Salin Auada fez referência à exploração da fossa supraclavicular.

Movimento da Secção de Maternidade do Sanatório São Lucas. — Dr. Waldemar Machado. O A. apresentou a estatística da maternidade do Sanatório São Lucas, da qual é chefe, fazendo apreciações, entre as quais a respeito do levantar precoce, que tão bons resultados vem apresentando.

Sessão em 23 de dezembro de 1955

Presidente: *Dr. Nelson Rodrigues Neto*

Mucocele vesicular. — Dr. Luis Delgado Herrera. O A. apresentou, como nota prévia, um trabalho sobre mucocele vesicular, entidade mórbida ou estado patológico não descrito nos livros clássicos. Leu o resumo das histórias clínicas de dois casos e descreveu o achado cirúrgico em ambos os casos — molde mucoso da vesícula no primeiro e no segundo ciste mucoso aderencial pos-nutura da vesícula, tendo esta também conteúdo mucoso. Não encontrou casos semelhantes na literatura que compulsionou. Fez considerações sobre o aparecimento do muco no organismo e apontou as possibilidades de interpretação dos dois casos apresentados.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações de ordem etiopatogênica a fim de justificar os dois casos observados.

Fistula gastro-jejuno-colica. — Drs. Saul Goldenberg e Edison de Oliveira. Os AA. apresentaram um trabalho sobre fistula gastro-jejuno-cólica. Descrevem a moléstia e os seus sintomas revendo a orientação geral do tratamento cirúrgico, fundamentando-o. Depois apresentam a observação de vários casos, em número de quatro, referindo a história clínica e a conduta em cada um seguida. Fazem considerações sobre novos tipos

de intervenção, discutindo a aplicabilidade da vagotomia, que tem a seu desfavor dois casos recentemente citados de fistula posoperatória em caso vagectomizado por úlcera jejunal.

O dr. Eurico Branco Ribeiro fez considerações sobre a pequena frequência das fistulas gastro-jejuno-cólicas e citou dois casos de sua clínica.

Etiopatologia do câncer. — Dr. Estevam de Almeida Prado. O A. apresentou documentação sobre a etiologia do câncer por um microorganismo Sifonóspora polimorfa, descoberto a mais ou menos 25 anos. Historiou os trabalhos dos autores alemães Von Brehmer e Schieling e relatou a luta havida em vários congressos entre os clássicos e os que defendem as idéias de von Brehmer. Referiu vários trabalhos modernos publicados em França, Itália e Estados Unidos sobre a existência de microorganismos no sangue de cancerosos. A microscopia eletrônica demonstrou a existência de um organismo nos núcleos de células. Por isso tudo, o A. se sente fortalecido nas convicções que vem divulgando a respeito da etiologia do câncer.

O dr. Nelson Rodrigues Neto referiu-se à dificuldade de aceitação de novas idéias.

Eledon

PODER
TAMPÃO
DO
LEITE

ACIDEZ IDEAL DO ESTÔMAGO
PARA DIGESTÃO ÓTIMA

ÁCIDO
LÁCTICO
DO
LEITELHO

ÁCIDO
CLORÍDRICO
DO SUCO
GÁSTRICO

uma especialidade

NESTLÉ

ÁCIDO LÁCTICO + ÁCIDO CLORÍDRICO — PODER TAMPÃO DO LEITE = ACIDEZ IDEAL

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números

Anais da Maternidade de São Paulo. — Ano II, 1956 — Dr. Joaquim Floriano de Toledo Netto; Contribuição para assistência racional do prematuro como elemento de proteção à infância e à maternidade entre nós. — Dr. Paulo de Taunay; Imuno-anticorpo do sistema ABO. — Dr. Washington Maltez; O tratamento do prolapso genital pela operação de Fothergill modificada. — Dr. Paulo Schmidt Goffi; Abertura e fechamento da parede uterina na cesárea. — Dr. Washington Maltez; Histeropexia ligamentar à Maltez. — Drs. J. C. Ferraz Salles e Sylvio Oliveira de Barros; Nossa experiência com o "parto sem dor" pelo método de Read. Dr. Sylvio Oliveira de Barros, Organização e funcionamento do Serviço de Assistência Pré-natal. — Dr. Paulo Schmidt Goffi; Assistência ao parto na Seção Gratuita em 1956. — Dr. Plínio B. Vieira; Relatório do movimento do Serviço de Berçários durante o ano de 1956. — Dr. Manoel Ramos Tavares; Relatório das atividades do Centro de Estudos da Maternidade de São Paulo.

Arquivos de Biologia. Ano XI, n.º 325, Julho-Dezembro de 1956. — Dr. Ulysses Lemos Torres, João Brandão e João Elias; Contribuição ao tratamento oral do diabete melito. — Dr. Riva Moscovici; Sobre a N-hidróximetil-niacinamida. — Prof. F. Ottensooser e R. Faria; Soro humano anti-M, de título elevado, em meio salino. — Drs. Edison de Oliveira, José Raposo do Amaral, Mário Pasqualucci e Nilson Marcondes Celso; Considerações sobre um caso de destruição parcial do canal anal por esquistossomose mansônica. — Dr. J. Marques de Castro e Nelson Paladino; Dosagem do índice sanguíneo. — Drs. J. Marques de Castro e Rubens Rocha Vieira; Contagem de reticulócitos em preparações secas e úmidas.

Arquivos Médicos da Força Pública de São Paulo, Vol. IV, n.º 2, dezembro de 1956. — Documentos Sanitários de Origem. — Seleção dos agentes microbianos nos enfermos tuberculosos. — Esvaziamento pélvico e néo-bexiga ileo-cecal, no cancer.

Arquivos de Higiene e Saúde Pública, Vol. XIX, n.º 61, Setembro de 1954. — Drs. David Coda e Marly de Macedo Coda; Os antimaláricos e seu emprêgo. Dr. Camilo de S. P. Passalacqua; Sobre a profilaxia da doença de Chagas. Dr. Anísio Ribeiro de Lima; Profilaxia, por inseticidas, das doenças transmitidas por insetos. — Dr. Nicolino Falci; Orientação geral para um inquérito epidemiológico sobre esquistossomose e medidas profiláticas. — Dr. Nicolino Falci; Orientação geral para inquérito epidemiológico e medidas profiláticas.

Maternidade e Infância, Vol. XVI, n.º 1, Janeiro-Março de 1957. — Drs. J. O. Sena, Jacques Crespin, Hildegard Thiemann, Domingos Delascio, M. Saldiva Neto e Cassio de Azevedo Marques; Hematoma subdural no recém-nascido. — Drs. Antônio Guarieto, Décio Aranha Pereira, Chusei Jukemura, Domingos Delascio, Manoel Saldiva Neto e Haroldo Lopes de Carvalho; Parto vaginal após cesárea. — Dr. Antio Luisi; Sobre a doença de inclusão citomegálica, com especial referência às suas determinações nervosas (nota preliminar). — Relatório das atividades da Comissão Estadual de São Paulo.

Pediatria Prática, Vol. XXVIII, fasc. 5, maio de 1957. — Drs. G. de Carvalho, C. Ribeiro, V. O. Guida; Tratamento de infecções intestinais infantis pela administração do B. Cereus, por via oral. — Drs. José de Araujo, Dorina Barbieri; Mortalidade neonatal. — Dr. Virgílio A. de Car-

~~DOR~~



Dolviran

Analgesico - Sedativo - Espasmolítico

Tubo com 10 comprimidos

valho Pinto; A propósito de 5 casos de atresia do esôfago com fistula traqueo-esofagiana, operados com brevidade.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Vol. XVII, n.º 3, Março de 1957. — Dr. Ennio Barbato; Estudo de derivações diafragmáticas juxtacardiacas. Análise dos primeiros registros.

Revista Paulista de Medicina, Vol. 50, n.º 5, Maio de 1957. — Drs. Fábio Schmidt Goffi e Ernesto Lima Gonçalves; Infiltração gordurosa do fi-

gado nas derivações portocavas. Dados experimentais. — Drs. Estevão Nador e L. H. Camara-Lopes; Colite necrosante mortal decorrente do uso de antibióticos. Considerações clínico-patológicas em torno de 5 casos. — Dr. Jorge Fairbanks Barbosa; Tratamento cirúrgico dos tumores extensos da laringe e hipofaringe. — Dr. Américo V. Garaldi; Colangiografia intravenosa. Considerações sobre um novo preparado. — Drs. A. F. Martins de Castro e Mario Fonzari; Produção experimental de bôlhas por injeções intra-epidérmicas em doentes de pêfingo foliáceo (Nota prévia).

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Homenagem

Prof. Dr. Clemente Ferreira. — Transcorreu no dia 29 de setembro p.p. a passagem do centenário de nascimento do Prof. Clemente Ferreira, considerado pioneiro da luta contra a tuberculose no Brasil.

A Liga Paulista contra Tuberculose promoveu nessa ocasião, homenagens condignas à memória desse ilustre homem público, que foi também seu fundador, há mais de meio século.

A seguir, alguns dados sobre a vida de Clemente Ferreira, colhidos pela Liga Paulista Contra a Tuberculose, em várias fontes, por ocasião das comemorações do Centenário do seu Nascimento, em 29 de setembro de 1957.

1. Data do nascimento — 29-9-1857.
2. Data do falecimento — 6-8-1947
3. Filiação — José da Cunha Ferreira e Maria das Neves.
4. Local do nascimento — Sítio "Bôa Esperança" — Rezende, Estado do Rio.
5. Curso de humanidades (1871 a 1874) no Colégio Episcopal de São Pedro de Alcântara, do Rio de Janeiro.
6. Curso médico (1875 a 1880) na Faculdade de Medicina do Rio

de Janeiro, onde defendeu Tese inaugural em 28 de dezembro de 1880 sobre "TÍSSICA PULMONAR" (Cadeira de Patologia Interna). Foi ORADOR de sua turma.

7. De 1881 a 1887 foi Diretor Clínico do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Rezende.
8. De 1887 a 1896 passou a chefiar a Clínica de Moléstias de Crianças (Serviço do Professor Moncorvo) na Policlínica Geral do Rio de Janeiro.
9. Em 1889, foi designado para participar da luta contra a febre amarela que assolava Rio Claro e Campinas. A Câmara Municipal de Campinas lhe conferiu, em 1889, uma medalha de ouro, como prêmio a seu esforço e operosidade nesse trabalho. Recebeu, nesse mesmo ano, pelo mesmo motivo, a Comenda de "Oficial da Ordem da Rosa", conferida pelo Imperador D. Pedro II.
10. Em 1896, foi nomeado "Inspetor Sanitário", no Serviço Sanitário do Estado de São Paulo, cargo que exerceu até 1905.
11. Em 17 de julho de 1899, com a colaboração da Sociedade de Me-

Para os anesthesiologistas

TAQUICURIN

curarizante de curta duração, à base de

CLORETO DE SUCCINILCOLINA

na dose de 100 mg. em 2 cm³

Indicado na:

- *anestesia como coadjuvante*
- *intubação endotraqueal*
- *endoscopia*
- *reposição de fraturas ou luxações*
- *mobilização de articulações*
- *terapêutica pelo eletrochoque*

★

Caixa de 50 ampolas de 2 cm²

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A

Rua São Luiz, 161 — São Paulo

- dicina e Cirurgia de São Paulo, fundou a "Associação Paulista de Sanatórios Populares para Tuberculosos" que se transformou, mais tarde, na atual LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE, de que foi Presidente até sua morte. Com esse movimento, tornou-se o pioneiro da luta contra a tuberculose e iniciou, praticamente, sua cruzada contra a doença a que dedicou, desde então, todos os dias de sua vida.
12. Em maio de 1902, patrocinou a publicação da "Defesa contra a Tísica", órgão que a Associação publicava para vulgarizar preceitos de higiene e instruções de interesse sanitário.
 13. Em 10 de julho de 1904, instalou seu primeiro Dispensário para tratamento da tuberculose, o qual funcionou até 1913, em prédio que não existe mais, na rua Líbero Badaró.
 14. Em 11 de outubro de 1908, fez lançar a pedra fundamental do prédio para o Dispensário Modelo, na rua da Consolação.
 15. Em 10 de julho de 1913 foi inaugurado o "Dispensário Modelo", na rua da Consolação, tendo, então, o prédio o n.º 117.
 16. Nesse local de trabalho, foram iniciados por Clemente Ferreira ou dele tiveram acolhida, todos os recursos e inovações terapêuticas usados para o combate à tuberculose: o pneumotórax (1913), os sais de ouro (1915), a helioterapia (1918), os óleos da chaulmoogra (1919), os métodos para diagnóstico precoce (1920), os tratamentos pelo morruato sódico (método de Rogens-Muir), morruato cúprico (método de Seabra), antígeno metílico (método de Boquet e Nègre), aurotiosulfato de sódio (método de Mollgaard), a biocolina (método de Jacques e Lorei), actinoterapia (1923), frenicectomia (1930), o que denota que, naquela casa de trabalho e estudo, *que pode ser considerada a Primeira Cátedra de Tisiologia do País*, eram sempre objeto de interesse e pesquisa todos os recursos que a ciência ia indicando, em todo mundo, para tratamento e prevenção da tuberculose, que era e continua a ser o problema sanitário n.º 1 no Brasil.
 17. Em 1926, começa a empregar no Dispensário Modelo a vacina BCG, por via oral em recém-nascidos, prática que se intensificou mais tarde, a partir de junho de 1929, também com emprego da vacina, por via subcutânea.
 18. Em 1932, inicia em terreno do Dispensário Modelo, na rua Consolação, 117, a construção do Pavilhão de Cirurgia Pulmonar, de maneira que se pudesse dispor, na Capital do Estado, de local adequado à prática de grandes operações indicadas em determinados doentes tuberculosos.
 19. Em 12 de outubro de 1934, a LIGA PAULISTA CONTRA A TUBERCULOSE, sob sua presidência, por escritura pública "dóa gratuitamente à Fazenda do Estado, para o fim expreso de destinar-se ao Serviço Sanitário na profilaxia da tuberculose e assistência aos tuberculosos pobres, o Dispensário "Clemente Ferreira", consistente em terreno e edificação à rua da Consolação, 117, com todos os recursos médico-cirúrgicos, laboratório, instalações, consultórios e mais coisas componentes de seu aparelhamento e acessórios".
 20. Nesse local, funciona, no ano em que ocorre o Centenário de nascimento de Clemente Ferreira, o Dispensário Modelo, do Instituto de Pesquisas "Clemente Ferreira", dependência da Divisão do Serviço de Tuberculose, da Secretaria da Saúde Pública e Assistência Social. O prédio tem atualmente o n.º 717.
 21. Em 12-5-1935, põe a funcionar o Dispensário Infantil, instalado pela Liga Paulista contra a Tuberculose, à rua Cesário Motta n.º 95, mais tarde, transferido para a rua Rego Freitas n.º 527, o qual é completado com a construção do Pavilhão "Arlindo de

AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América

WINTERMIN, no Japão



NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia



COMPRIMIDOS

Frascos de 10, de 30 e de 250, dosados a 25 mg

Frasco de 125, dosados a 100 mg, para uso psiquiátrico

AMPOLAS

Caixas de 5 e de 25 de 5 cm³, dosadas a 25 mg, para injeções intramusculares

Caixas de 5 e de 25 de 2 cm³, dosadas a 50 mg, para injeções intravenosas

GOTAS

Frasco de 10 cm³, de solução a 4 %



A marca de confiança

RHODIA

Caixa Postal 8095 - São Paulo, SP

- Assis", na rua Teodoro Bayma, 68. Esse Pavilhão foi planejado, construído e aparelhado para todos serviços de vacinação B. C. G., inclusive para o fabrico da vacina.
22. Em 1939, inaugura os primeiros leitos do Abrigo Hospital do Jabaquara, instalado pela Liga Paulista contra a Tuberculose, na Avenida Jabaquara n.º 2286, o qual constitui hoje o Hospital "Clemente Ferreira", com 120 leitos e funciona no mesmo local denominando-se, agora, "Getúlio Vargas", a referida avenida.
23. No período de 1905 a 1929, foi Diretor do Consultório de Lactentes, do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.
24. De 1929 a 1932, foi Diretor da Inspeção de Profilaxia de Tuberculose, do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo.
25. Em 1933, foi escolhido Presidente da Seção de Tisiologia (hoje, Departamento de Tisiologia) da Associação Paulista de Medicina, sendo desse modo o primeiro dos Presidentes daquela Seção.
26. Frequentou, como poucos neste País, tanto a imprensa leiga, como a imprensa científica, no Brasil e no estrangeiro, versando os mais variados aspectos dos nossos problemas médico sociais e com acentuada predominância os problemas ligados à tuberculose. Não existe relação completa dos trabalhos publicados por Clemente Ferreira, mas, pode ser afirmado que ultrapassam de 400 (quatrocentos).
27. Recebeu a mais alta e ambicionada recompensa — o título de "Membro Honorário" das seguintes Sociedades e Instituições: Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, Sociedade de Tisiologia del Uruguay, Sociedade de Tuberculose de Campos do Jordão, Academia Nacional de Medicina, Liga Brasileira contra a Tuberculose, Liga Uruguia contra a Tuberculose, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.
28. Em 1942, a Escola Paulista de Medicina dá-lhe o título de Professor "honoris-causa".
29. Ainda por seu infatigável labor científico, recebeu títulos de muitas sociedades científicas nacionais e estrangeiras. Embora não exista uma relação completa desses títulos, sabe-se com certeza que lhe foram conferidos os seguintes: Membro correspondente da Société de Therapeutique de Paris (1886); Membro Correspondente da Société de Medicine de Paris (1887); Membro Correspondente da Academia de Medicina do Rio de Janeiro (1887); Membro Correspondente da Société de Medicine et Chirurgie de Bordeaux (1888); Membro Titular da Société de Pédiatrie de Paris (1889); Membro Correspondente do Círculo Médico Argentino (1901); Membro Correspondente da Société de Pédiatrie de Moscou (1902); Membro da Société de Médecine Publique et de Génie Sanitaire de Paris (1903); Membro Vogal da Comissão Permanente da Profilaxia contra a Tuberculose na América Latina (1903); Membro Titular da Associação Internacional contra a Tuberculose de Berlim (1905); Membro Correspondente da Associação Médica Argentina (1909); Membro Correspondente da Sociedade Internacional para Proteção da Primeira Infância (1913); Membro Correspondente da Société des Medecins de Sanatoriums et de Dispensaires de Paris (1937); Membro Correspondente da Sociedad Tisiologia del Uruguay; Membro Titular da Sociedade de Medicina Pública e Engenharia Sanitária de Paris; Membro da Academia de Ciências de Lisboa; Membro da Associação Paulista de Medicina; Presidente Perpétuo da Liga Paulista de Tisiologia de Córdoba (1941); Sócio Correspondente da Sociedad Cubana de Tisiologia (1941); Sócio Correspondente da Sociedade de Tisiologia da Bolívia (1942); Sócio Correspondente da Sociedade de Tisiologia do Perú (1942); Sócio

- Benemérito do Centro de Estudos de Tisiologia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro (1942); Presidente Honorário do 6.º Congresso Panamericano de Tuberculose, Havana, Cuba (1945).
30. Laureado pela Academia Nacional de Medicina — Prêmio Alvarenga — (1895). Recompensado pelo Instituto de França — Prêmio Montyon (1894). Inscrito no Livro do Mérito, do Governo da República, durante a Presidência do Marechal Dutra.
 31. Em 1935, foi um dos Diretores-Fundadores da Revista Paulista de Tisiologia, transformada agora em Revista Paulista de Tisiologia e do Torax.
 32. Participou de muitos Congressos Científicos, no País e no estrangeiro. Embora não exista uma relação completa a respeito, sabe-se, com certeza, ter participado dos seguintes certames: Delegado do Estado de São Paulo ao Congresso Internacional de Tuberculose de Paris (outubro de 1905); Delegado de São Paulo no Comitê Organizador do 3.º Congresso Latino-Americano de Montevideo (1906); Secretário do Comitê Paulista da Comissão Organizadora do 4.º Congresso Médico Latino-Americano (1909); Delegado do Estado de São Paulo ao Congresso Internacional de Tuberculose de Roma (1912); Membro do Comitê Brasileiro ao 1.º Congresso Americano da Criança no Estado de São Paulo (1916); Membro do Comitê Brasileiro ao 2.º Congresso Americano da Criança, no Estado de São Paulo (1919); Presidente da "Secção de Assistência" do 2.º Congresso Americano da Criança, em Montevideo (1919); Representante do Estado de São Paulo ao 2.º Congresso Panamericano de Tuberculose, do Rio de Janeiro (1929).
 33. Infatigável em sua luta constante contra a tuberculose, Clemente Ferreira agitou, pesquisou, debateu, e perquiriu todos os aspectos do problema da doença: a profilaxia, o tratamento, a investigação científica, a assistência social, a assistência hospitalar, o diagnóstico precoce, o tratamento dispensarial.
 34. Poucos homens, neste País, em qualquer sector de suas atividades produziram o que Clemente Ferreira, com fé, energia e coragem inquebrantáveis, realizou na luta contra a tuberculose.
 35. O espírito de determinação de Clemente Ferreira para formar a consciência sanitária do problema da tuberculose no Brasil fez com que fosse afastando todos os obstáculos que apareciam em seu caminho. Com o passar do tempo, teve a recompensa de ver que não havia lutado em vão, ao receber o apoio e o estímulo do Estado, das Instituições assistenciais e de todas as pessoas de coração bem formado de São Paulo e também a gratidão imperecível de todos brasileiros.

METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —
Adstringente — Aromático



LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO
HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161
SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

CONGRESSOS MÉDICOS

X Congresso Nacional de Tuberculose
e
V Congresso Brasileiro de Doenças
Torácicas

Realização em São Paulo. — De conformidade com os Estatutos da "Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose", reuniram-se os Presidentes das Entidades Federadas de São Paulo e elegeram a Comissão Organizadora do X Congresso Nacional de Tuberculose, a qual ficou assim constituída:

Presidente: Dr. Mozart Tavares de Lima Filho — Vice-Presidente: Dr. Roberto Brandi — 1.º Secretário: Dr. Sylvio Lemos do Amaral — 2.º Secretário: Dr. William Homsí Elias — Adjunto de Tesoureiro: Dr. Carlos Comenale Junior.

II. O Presidente do V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas será o Dr. Euryclides de Jesus Zerbini, que é o Governador do Capitulo de São Paulo do "American College of Chest Physicians".

III. A Comissão Organizadora de ambos os Congressos marcou a data para a realização do certame o qual terá lugar na Cidade de Paulo de 22 à 26 de junho de 1958.

IV. Os temas oficiais para êsses Congressos e seus respectivos relatores são os seguintes:

X CONGRESSO NACIONAL DE TUBERCULOSE

1.º Tema:

Problemas médicos, cirúrgicos e sociais dos processos residuais de tuberculose pulmonar resultante do tratamento.

Relator: Dr. Flavio Poppe de Figueiredo.

2.º Tema:

O Hospital na Luta contra a Tuberculose no Brasil.

Relatores: Dr. Aldo Villas Bôas e Dr. Herodoto Pinheiro Ramos.

3.º Tema:

Novos rumos da Profilaxia da tuberculose no Brasil.

Relator: Prof. Dr. Raphael de Paula Souza.

V CONGRESSO BRASILEIRO DE DOENÇAS TORÁCICAS

Tema:

Enfizema pulmonar crônico — Tratamento e Reabilitação.

Relator: Prof. Dr. Edmundo Blundi.

V. A Comissão Organizadora resolveu ainda que cada Entidade Fi-

liada à Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose, indicasse um correlator para cada um dos temas do X Congresso Nacional de Tuberculose e que cada um dos governadores dos Capítulos Brasileiros da

"American College of Chest Physicians", indicasse também, um correlator para o tema do V Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas.

VI. Estes correlatórios que não deverão exceder de 12 laudas datilografadas, em espaço duplo, somente serão accitos para serem apresentados em plenário e publicados nos Anais, se fôrem entregues à Secretaria até o dia 30 de abril de 1958, impreterivelmente.

VII. As comunicações sobre os temas oficiais ou sobre temas livres, não deverão exceder de 6 laudas datilografadas e suas inscrições deverão ser feitas até o dia 15 de junho de 1958, acompanhadas de um pequeno resumo.

VIII. A Comissão Organizadora reserva-se o direito de não aceitar, para ser lido em plenário ou publicado nos Anais, os trabalhos que não atenderem as condições acima estipuladas.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

O epiplon e sua atuação terapêutica

Sobre a função do epiplon no organismo, o Prof. G. Ratner, da Clínica Cirúrgica da Universidade de Kazan, na Rússia, escreveu um pequeno trabalho, de que aqui vão transcritos alguns trechos.

Existem até o momento diversas explicações, sem que, entretanto, tenha sido precisada a função exata desse órgão, impregnado de tecido gorduroso, que, no abdome, é destinado, em tese, para preservar os órgãos abdominais contra contusões mecânicas, concorrendo de maneira real e oportuna para reparar e defender as consequências de perfurações e roturas — aderindo rapidamente ao redor do órgão lesado, concorrendo igualmente para a hemostasia dos vasos sanguíneos.

Quando em uma operação de cérebro uma hemorragia difusa torna-se ameaçadora, recorre o cirurgião à retirada de pedaços de epiplon da cavidade abdominal aplicando-os com resultado sobre a zona de sangramento.

Nas suas experiências e observações constatou: a) — ação inibidora do epiplon na multiplicação das bactérias, que degeneram no local sem deixar prole; b) — nos casos de infecção invencível o epiplon empobrece-se de sangue, murcha e perece em luta desigual.

Chegou o sábio à conclusão de que o epiplon pode prestar relevante papel hemostático nos casos de urgência, quando, em 1941, atendera a um combatente ferido na cabeça por estilhaço que havia destruído parte do couro cabeludo com exposição dos ossos, decidindo aí aplicar o epiplon no local. No dia seguinte à operação, levantando as ataduras verificou a penetração do epiplon na ferida, aderindo aos tecidos e aos ossos, conservando a melhor aparência, sem quaisquer modificações como um tecido inteiramente vivo, vitalidade que três dias após ainda conservava, com rede venosa visível entre as camadas gordurosas. E o que mais o impressionou foi que o epiplon sangrava como se fosse o órgão ferido.

De onde veio o sangue? Não teria vindo por acaso dos ossos da cabeça?

No 4.º dia o quadro sofreu brusca manifestação: — o epiplon morria difundindo-se na ferida. Desapareceu a rede sanguínea, escureceram-se as camadas gordurosas e começou a cicatrização do ferimento. Pelo preço da própria vida, o epiplon provocou o crescimento do tecido conjuntivo. Extraído de um organismo estranho ambientou-se e continuou aí como se fosse uma glândula.

Como vivia ele? De que se nutria ele no crânio? O que lhe deu forças para o desempenho dessas funções?

É sabido que um tecido transplantado no interior do músculo é capaz, com os produtos da lise, de acelerar a granulação das feridas. Mas o epiplon foi colocado em cima e externamente e produziu o efeito — não pelo produto da lise mas, pela sua própria atuação que nenhum outro tecido vivo veio a fazer.

Úlceras. — Existem úlceras cuja cicatrização se processa lentamente, durante anos. As profundas disfunções tróficas tornam crônicas essas feridas e infrutíferas as tentativas médicas de cura.

O Prof. Ratner decidiu controlar a ação do epiplon numa dessas feridas ulcerosas e aplicar as forças terapêuticas decorrentes da ação do epiplon. Colocou um pedaço de epiplon numa ferida trófica e verificou que no dia seguinte ele ainda estava cheio de vida, como se não fôsse tirado do abdômem. No terceiro dia começaram a aparecer as modificações da úlcera que, até então seca e sem vida, começou a sangrar, repetindo-se daí em diante tudo quanto já havia ele observado: o tecido conjuntivo em crescimento e sob ele o epiplon era absorvido. O epiplon servia o organismo *fora dos limites da ação de si mesmo!*

O sucesso parecia completo mas a tarefa não fora ainda vencida. Onde encontrar o material para o transplante? Criar o Banco do Epiplon e procurar pessoas prontas a se submeterem ao bisturi do cirurgião? Aproveitar o epiplon dos cadáveres? Mas como saber das doenças desses cadáveres quando em vida?

Decidiu experimentar o epiplon do cachorro. Os tecidos desse animal não se enxertam no homem. Mas talvez eles apresentassem as mesmas qualidades. A experiência foi feita num soldado com uma ferida na perna. Colocou um pedaço de epiplon de cachorro sobre a ferida. No 3.º dia retirou o curativo e constatou que o epiplon ainda vivia; na atadura impregnada de puz continuava ele a sua ação benéfica. Nos tecidos da ferida operou-se brusca mudança para o completo restabelecimento!

Surgiu assim nas mãos do cirurgião mais uma alavanca no mecanismo da

defesa orgânica. De agora em diante às ordens do cirurgião, acha-se o epiplon que tem capacidade para: a) — inibir a proliferação das bactérias; b) acelerar a cicatrização das feridas; c) estancar a hemorragia.

Posteriores experiências conduziram Ratner a outros sucessos.

As osteomielites. — De início escolheu ele uma forma crônica de osteomielite com tecido ósseo destruído e fragmentos impossibilitados de se eliminarem continuando como focos patogênicos.

A fraca corrente sanguínea dos ossos, a débil capacidade de regeneração e a deficiência dos meios de defesa tornam a doença crônica e duradoura.

As repetidas intervenções cirúrgicas paulatinamente produzem a formação de cavidades nos ossos, grave defeito que precisava ser combatido.

Para seu tratamento existem diversos processos realizados com: 1) pedaços de músculos do mesmo organismo; 2) tecido gorduroso; 3) periosteio.

Nessas cavidades submetidas ao tratamento químico e mecânico ficam sempre fora do alcance do cirurgião os focos dos micróbios patogênicos.

Ratner decidiu aplicar epiplon de cachorro para obturação, tendo em mira a ação inibidora ao crescimento das bactérias. O epiplon devia ser o meio desinfetante e o material reparador. As excreções do epiplon deviam fazer tudo o que faltava no tratamento comum, mecânico e químico.

O sábio não se enganou nas suas deduções; o epiplon fundiu-se aos ossos lesados e segregava como se fôsse glândula de secreção interna. O epiplon do cachorro desempenhava a sua função, a região lesada diminuiu em extensão, em poucos dias a eliminação de puz cessava. Quinze dias após a ferida se fechava Ratner contou um caso interessante: trouxeram-lhe um combatente de 22 anos no momento de piora de osteomielite crônica. O soldado esperava a terceira operação na região femoral. O raio X revelara presença de puz e sérias destruições do tecido ósseo. Na operação verificou-se que a parte posterior do osso, devido a supuração

No

*trabalho mental excessivo,
desequilíbrios nervosos, astenia física
e psíquica, convalescenças, retardamento
intelectual.*

FITOVITE

Ácido glutâmico
Inosita-Hexafosfato de cálcio e magnésio
Vitamina D₂
Cloridrato de tiamina (VITAMINA B₁)
Cloridrato de piridoxina (VITAMINA B₆)
Pantotenato de cálcio

Apresentação : - Comprimidos | Adulto
Granulado | Infantil



Laboratório Xavier
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTA.



tomára-se fina e que o tratamento pelo formão e cureta poderia produzir a fratura. A região lesada era tão grande que para a obturação seria necessário empregar o epiplon humano inteiro. O cirurgião concordou com o que menos satisfazia o seu desejo: no fundo da região, cavidade impossível de ser completamente limpa, colocou um pequeno pedaço de epiplon e o resto encheu com tampões com pomada.

O que se poderia esperar desse infimo pedaço de epiplon perdido

num foco de supuração e micróbios patogênicos?

O período pós-operatório decorreu sem dor e sem febre. Nada de eritema, supuração, como se nada existisse dentro do organismo. Levantando o curativo Ratner admirou-se de encontrar o pedaço de epiplon que conservava o seu frescor e com volume aumentado. O mais importante é que o epiplon se conserva fresco até o fechamento da fistula e, duas semanas após o soldado podia andar recebendo alta ao fim de 30 dias.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

British Medical Bulletin — Volume 13.º — n.º 2 — Maio 1957 — Londres. Publicado pelo Departamento Médico "The British Council", ocupa-se esse número com o estudo exclusivo sobre "O fígado": alguns aspectos clínicos e fisiológicos, regeneração do fígado, radiologia dos sistemas biliar e porta, infecciosas, Hemocromatose, degeneração e prognóstico das hepatites

ração hepatolenticular, tratamento das moléstias difusas do fígado, moléstias epidêmicas e icterícias, etc.

15 trabalhos de autores de renome e conhecidos nos seus campos especializados, constitui cada um deles uma valiosa contribuição e, como tal, sua publicação é deveras oportuna e interessante.

Separatas e folhetos recebidos

A case of a Tetrarhynchid (Cestode) infection in man. — Dr. H. J. Heinz do Departament de Parasitology South African Institute for Medical Research. Separata da Rev. Ecuat. Ent. Par. 2 (1-2) Enero-Abril de 1954.

A Graphical Method of Comparing Climates in The Study of Perennial Respiratory Allergy. — Dr. David Ordman. Separata do South African Journal of Science Vol. 51, n.º 6, January, 1955, pp. 187-189.

An Analysis of 519 cases of diphtheria in Johannesburg 1951-1952. — V. Bokkenheuser, Cand. Med. (Copenh) Dipl. Bact. And Sero, (Paris). Reprinted from the South African Medical Journal, vol. 29, 14 May 1955, pages. 461-468.

An investigation of haemoglobin concentration and of blood loss in stools in adult South African Bantu infested with intestinal Schistosoma mansoni. — Drs. A. R. P. Walker, Dorothy C. Fletcher e Vivien Traill — Reprinted from Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. 48, n.º 6, pp. 501-505, 1954. London.

An Outbreak of Bronchial Asthma in South Africa, Affecting more than 200 Persons, Caused by Castor Bean Dust from an Oil-Processing Factory — Dr. D. Ordman — From the South African Institute for Medical Research, Johannesburg, South Africa. Separata do International Archives of Allergy and Applied Immunology, Vol. 7, n.º 1 — 10-24, 1955 — New York.

Autoantibodies and the Hyper-reactive state in the pathogenesis of disease. — A discussion of a Hypothesis by James Gear, M.B. Ch. B. South African Institute for Medical Research, Johannesburg. Reprinted from Supplement CCCVI to Vol. VLII, 1955 of Acta Medica Scandinavica — pages. 39-551.

Bacillary dysentery in african children on the witwatersrand. — R. G. Boardman, B. A. R. Cassel, M. R. E. Kahn. Baragwanath Hospital and South African Institute for Medical Research, Johannesburg.

Chlorpromazine (Largactil) Jaundice. — I. Bersohn, and B. V. Wallace. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 29, 16 July 1955, pages 677-683.

Food Preparations Used in Weaning Urban Bantu Infants. — By A. R. P. Walker, Dorothy C. Fletcher, Emmerentia S. P. Strydom and Marianne Andersson — Reprinted from the British Journal of Nutrition, 1955, Vol. 9, n.º 1, p. 38.

Foreign body granulomata of the lungs due to liquid paraffin. — By J. C. Wagner, D. I. Adler, and D. N. Fuller — Reprinted from Thorax, June, 1955, Vol. 10, n.º 2, p. 157.

Fungal Diseases in South Africa. — H. I. Lurif. — Reprinted from the South African Institute for Medical Research, Johannesburg. Reprinted from the South African Medical Journal, Vol. 29, 19 February 1955, pages 186-188.

Haemoglobin concentration and nutritional state in south african bantu habituated to a very high iron intake. — A. R. P. Walker. Reprinted from S.A. Journal of Laboratory and Clinical Medicine, Vol. 1, n.º 1, March de 1955.

Impairment of sweat secretion in malnourished infants. — By E. Kahn and A. R. P. Walker. Reprinted from Pediatrics, Vol. 14, n.º 6, dezembro, 1954 Cape Town, South Africa.

Immunization Against Diphtheria? Comparison of A. D. F. P. T. A. P. and A. P. T. in Man. — J. H. Manson, Mary Robinson, Minnie Preiss, and P. Agerholm Christensen.

La distinction des obésités en androïdes et gynoides. Base de leur pronostic. — par Jean Vague (Marseille) — Extrait de La Semaine des Hospitaux de Paris, 31.º année, n.º 66, 10 novembre 1955 pag. 3503-3509.

L'Epreuve d'hyperglycémie provoquée par absorption de glucose en fonction du poids et de la différenciation masculine. — Par Jean Vague et Michel Benoit. Extrait de la Revue "Le diabète" n.º 1, janvier-Février 1956. Marseille.

La place de l'obésité androïde à l'origine du diabète de l'adulte. — par Jean Vague (Marseille) — Extrait de la Revue "Le Diabète", n.º 2, mars-avril 1955.

Lithiase biliaire et obésité. — par Jean Vague (Marseille) (Dans l'ignorance où nous sommes encore du détail des mécanismes qui conduisent à la lithiase biliaire et à ses complications, nous pouvons retenir que la cure d'amaigrissement est le traitement médical le plus efficace de cette maladie quand elle survient chez un obèse, c'est-à-dire dans les deux tiers des cas.

Meningo-Encephalitis due to coxsackie B Virus in Southern Rhodesia. — A. J. W. Wailkins, H. D. M. Kotze e J. Melvin. Reprinted from the South Medical Journal, Vol. 29, 8 January 1955, pages 25-28.

Methionine Concentration in South African Bantu Breast Milk. — Dr. Marianne Anderson and A. R. P. Walker. Reprinted from the British Journal of Nutrition, 1955, Vol. 9, n.º 2, p. 197.

Myocarditis of the Newborn. — An Outbreak in a maternity home in southern Rhodesia Associated With Coxsackie Group-G Virus Infection — J. Montgomery James Gear e F. R. Prinsloo, M. Kahn, Z. G. Kirsch.

Observations on the use of dried salmonella antigens. — V. Bokkenheuser and N. Richardson. Reprinted from *Antonie van Leeuwenhoek*, 21 1955. South African Institute for Medical Research, Johannesburg.

Poliomyelitis in the Under-Developed areas of the world. — James H. S. Gear. Reprinted from *World Health Organization — Monograph Series* N.º 26, pp. 31-58. Genova, 1955.

Problems of Research into diseases of the Bantu. — A. G. Oettlé. Reprinted from *S.A. Journal of Laboratory and Clinical Medicine*, Vol. I n.º 2, June 1955.

Relation of carcinoma of the Liver to Cirrhosis, Malaria, Syphilis and Parasitic Diseases — John Higginson. *Separatum* Vol. 18, n.º 4, 1955 da *Schweizerische Zeitschrift für Allgemeine Pathologie und Bakteriologie*. — Basel (Transactions of the 5th Meeting of the International Society of Geographical Pathology Washington, D. C. 6th-11th of September, 1954).

Respiratory Allergy in the Coastal Areas of South Africa. — (The significance of climate) — David Ordman. Reprinted from the *South African Medical Journal*, Vol. 29, 19 February 1955, pages 173-179.

Relapsing Fever in South Africa With a Record of its occurrence in Europeans. — David Ordman. Reprinted from the *South African Medical Journal*. Vol. 29, 28 de May 1955, pages 518-521.

Rift Valley Fever in South Africa — A study of the 1953 outbreak in the orange free state, with special reference to the vectors as possible reservoir hosts — James Gear, Botha de Meillon, A.F. Le Roux, R. Kofsky and R. Rose Innes, J. J. Steyn, W. D. Oliff, K. H. Schulz. Reprinted from the *South African Medical Journal*. Vol. 29, 28 de May de 1955, pages 514-518.

Salicylamide Purpura. — H. B. W. Greig. Reprinted from the *South*

African Medical Journal, 29, 19 March 1955, pages 269 e 270.

Siderosis in Southern Africa. — A. Review e John Higginson. The *Central African Journal of Medicine*, mai 1955.

The Active Immunization of Guinea-pigs passively immunized with homologous antitoxic serum. — J. H. Mason, Mary Robinson and P. Agerholm Christensen. From the *Journal of Hygiene*, vol. 53, n.º 2, June 1955.

The Distribution of Diphtheria Antitoxin in Pepsin-digested Horse Antiserum. — By C. G. Anderson — From *The Biochemical Journal*, Vol. 59, n.º 1 pp. 47-52, 1955.

The Effect of Heat Stresses on Mine Workers with regard to loss of water and electrolytes. — Walter M. Politzer, Michael E. Barry e Arthur King. *South African J. Med. Sci.* (1954), 19, 155-160.

The Histopathology of acute Pan-niculitis nodosa leprosa (Erythema nodosum leprosum). — W. J. Pepler, R. Kooij, J. Marshall. Reprinted from the *Internat J. Leprosy*, Vol. 23, 1955, n.º 1.

The South African Poliomyelitis Vaccine. — James Gear. Reprinted from the *Internat J. Leprosy*, Vol. 23, 1955, n.º 1.

Thrichophyton mentagrophytes isolated from the soil of caves. — H. I. Lurie and R. Borok — Reprinted from *Mycologia*, Vol. XLVII, n.º 4, 506-510, July-August, 1955.

Vaccination Against Poliomyelitis. — James Gear. Reprinted from *Medical Proceedings — Mediese Bydraes*, Vol. 2, n.º 9, 21 July 1956, July 21, pp 347-353.

Viability of BCG suspensions, freshly prepared, stored, and light-exposed, estimated in different ways. — P. Agerholm Christensen, Mary Robinson e Margaret Widdicombe — *Bull. Org. Mond Santé Bull. Wld Hlth Org.* 1955, 12, 727. 549.

Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucósio a 5 % com Vitaminas B₁, B₂ e PP.

Soluto de Glucósio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucósio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucósio em água destilada a 5 % e 10 %.

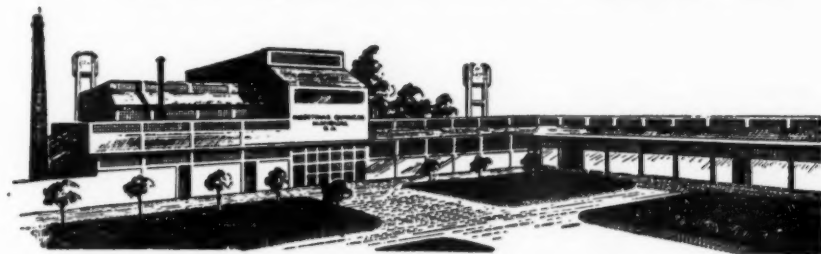
Em frasco de 500 e 1 000 cm³

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio
(Solução de DARROW).

Em frasco de 250 cm³

Material para instalação de Bancos de Sangue :

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ..... : Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone : 46-1818
Caixa Postal 3.705 — Enderço Telefónico : "PICOT"

LABORATÓRIOS : Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL..... : São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.
Enderço Telefónico : "BAXTER"



NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:

metadona e papaverina

- ★ Alivia a dor sem provocar narcotismo
- ★ Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- ★ Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- ★ Não afeta o coração nem a pressão arterial
- ★ Menor depressão respiratória que os opiáceos
- ★ É particularmente aliva nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.



Ampólas - de 1cm³, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 10

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA

DOLCSONA

As chamadas “úlceras perfuradas” (*)

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

(Diretor do Sanatório São Lucas)

A expressão “úlceras perfuradas” significa, entre nós, na linguagem médica usual, a úlcera gástrica, duodenal ou jejunal posoperatória que sofreu perfuração aguda em peritônio livre. Assim, quando se anuncia uma discussão sobre “úlceras perfuradas”, quer-se referir especificamente a esses casos. Na linguagem popular, porém, pelo menos em São Paulo, essa expressão abrange também as úlceras hemorrágicas, sendo de uso freqüente não só entre leigos como até entre alguns clínicos.

Não nos parece razoável essa extensão tão ampla aos casos de hemorragia; o que se poderia dizer, em tais emergências, e com propriedade, é que se trata de “úlceras perfurantes de vasos sangüíneos”.

Mas, também, não nos parece razoável que se restrinja a significação de “úlceras perfuradas” só ao segmento gastro-duodeno-jejunal, pois existem perfurações de úlceras do íleo na febre tifóide e das mais variadas úlceras do colo, bem como, mesmo naquele segmento, muitas vezes ocorre uma perfuração em peritônio livre que é logo tamponada por um órgão vizinho, geralmente o fígado ou a vesícula biliar, e em tais circunstâncias a violenta crise inicial é logo atenuada, mas tais casos devem ser incluídos no rol das perfurações agudas. Dessa forma, a nosso ver, um estudo cirúrgico sobre o assunto deve abranger não só os casos de perfuração em peritônio livre como também os casos de perfuração tamponada que foram operados muitas horas ou vários dias após a perfuração aguda. Teríamos, assim, duas classes de úlcera com perfuração aguda:

1. *Úlceras com perfuração em peritônio livre.*
2. *Úlceras com perfuração tamponada.*

Não se deve esquecer que existem as perfurações crônicas, que se processam na surdina, vagarosamente, pondo em contacto a cavidade do estômago, do duodeno ou do jejuno com o fígado, com o colo, com o pâncreas, com ligamentos previamente fibrosados, com a parede anterior do abdomen. Esses casos são freqüentes e fogem à cogitação de um estudo sobre perfurações agudas.

(*) Trabalho apresentado à Sociedade Médica São Lucas em 28/5/57.

Deve-se lembrar, também, que, do ponto de vista cirúrgico, um capítulo marginal dêsse estudo convém ser dedicado aos casos de perfuração aguda pregressa, isto é: daqueles casos que tinham sido anteriormente operados em consequência de uma crise de perfuração e em que o cirurgião se limitara a suturar a lesão ou a uma simples drenagem da cavidade peritoneal. É sabido que circunstâncias várias podem condicionar uma tal conduta, tais como: operação tardia por medo do paciente ou por longa distância de um centro cirúrgico, ampla abertura da perfuração inundando o peritônio do conteúdo

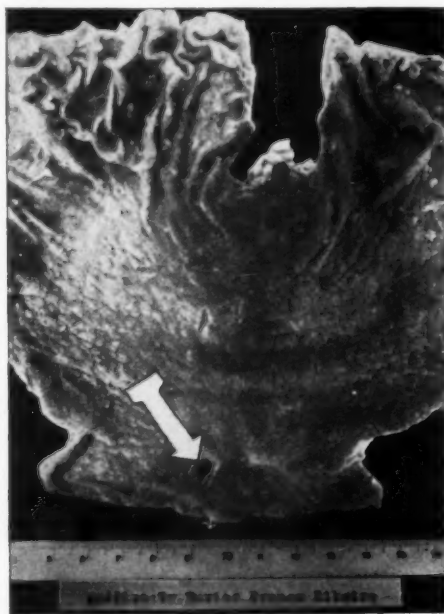


Fig. 1 — Caso típico de úlcera perfurada da face anterior do bulbo duodenal.

gástrico, peritonite em adiantada evolução, condições precárias de outros sistemas orgânicos do paciente (aparelho circulatório, aparelho urinário, aparelho respiratório, etc.) e mesmo a orientação escolástica do cirurgião ou a sua escassa experiência em cirurgia gástrica.

A tendência é para se tornarem cada vez menos numerosos êsses casos que ocorrem ao cirurgião para a retirada de uma úlcera que fora suturada meses ou anos antes. E isso porque está se divulgando cada vez mais a orientação acertada de se praticar a ressecção gástrica nos casos de perfuração, porque os cirurgiões gerais estão se



Fig. 2 — *Aspecto da peça operatória de caso pessoal, vendo-se grande úlcera perfurada na parede anterior e, na parede posterior, a pequena cicatriz da úlcera de contacto quasi ao nível da incisão cirúrgica.*

familiarizando cada vez mais com a cirurgia gástrica, porque os serviços assistenciais de urgência são cada vez mais eficientes, porque os pacientes e seus familiares têm perdido o medo das intervenções cirúrgicas e já não fogem com tanta frequência às indicações operatórias.

Os casos de perfuração pregressa não deixam de apresentar interesse num estudo de revisão. Servem, pelo menos, para aumentar a estatística na avaliação da incidência nos sexos, na raça, na nacionalidade, na idade referida à época da perfuração. Sabemos que a estatística é tanto mais exata nas suas conclusões quanto mais numerosos são os dados arrolados. Assim, no estudo que vamos fazer, os casos de perfuração pregressa também serão levados em consideração, quando oportuno.

•
• •

O material do presente estudo é heterogêneo. É heterogêneo porque não se refere tão só à experiência de um único cirurgião em vários hospitais, mas também a de um conjunto de cirurgiões que trabalham num mesmo hospital, contando-se entre eles cirurgiões experimentados e cirurgiões principiantes que faziam o serviço de plantão. Assim, não só o critério individual da conduta a seguir não foi uniforme, como variou muito o fator habilidade e experiência do cirurgião.

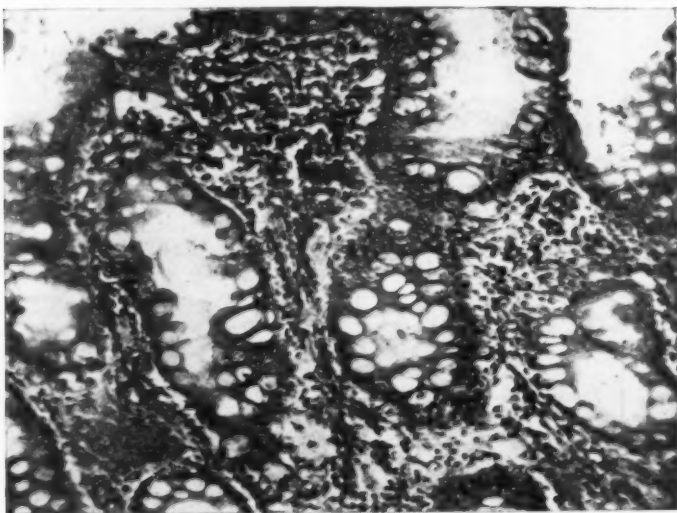


Fig. 3 — Microfotografia com grande aumento, para mostrar que não há degeneração carcinomatosa da úlcera da fig. 2.

O material é heterogêneo porque também abrange intervenções feitas em hospitais diferentes, com a assistência de auxiliares nem sempre habituados à cirurgia gástrica e sob os cuidados de enfermagem submetida a orientação a mais diversa.

Ainda se pode acrescentar que o material é heterogêneo pelo fato de pertencer a um período de tempo em que se registaram grandes progressos no combate à infecção, no emprêgo da anestesia, nos cuidados do posoperatório, o que vem redundando em sensível e progressiva melhoria nos resultados da Cirurgia, principalmente no que respeita à mortalidade.

Não se estranhe que apresentemos dados de natureza assim tão diferentes, ao invés de nos limitarmos a apreciar o estado atual da cirurgia na perfuração da úlcera. Tendo em mãos um material que abrange quasi três décadas, o seu estudo tem o interesse de mostrar

a evolução dos resultados na seqüência dos anos, apresentando — o que é ainda mais importante — o problema na sua inteira realidade clínica, sem o espurgo dos casos maus, inclusive daqueles tardiamente atendidos, e nos quais a cirurgia foi tentada apenas como um recurso extremo, com longínquos lampejos de esperança, quasi que só para ressalvar a responsabilidade do médico assistente e da família do enfermo.



Fig. 4 — Fotografia do estômago mostrando grande úlcera perfurada.

Podíamos nos ater aos casos observados no Sanatório São Lucas, que dirigimos desde a sua fundação em 1939. Mas tínhamos uma experiência pessoal anterior, bem catalogada, que poderia dar um pouco mais de vulto à limitada estatística desse nosocômio. Além disso, 12 outros casos por nós operados em outros hospitais depois da instalação do Sanatório São Lucas também faziam parte do nosso arquivo e apresentavam dados aproveitáveis para o nosso estudo.

É, pois, com todo esse material, que na realidade não se impõe a conclusões definitivas pelo seu pequeno vulto, que vamos apreciar os vários aspectos da perfuração aguda das úlceras do estômago, do duodeno e do jejuno.

Vejamos, dêsse modo, em quantos casos se baseia o presente trabalho. Os casos operados podem ser assim divididos:

	n.º	%
Perfurações em peritônio livre	79	73,23
Perfurações tamponadas	13	12,02
Perfurações pregressas	16	14,75
TOTAL	108	100

Essa classificação pode ser sintetizada em dois grupos: o dos doentes que voltaram à cirurgia tempos depois de uma intervenção salvadora, geralmente uma simples sutura da úlcera; e o dos doentes primariamente atendidos durante a fase aguda ou subaguda do acidente da perfuração. Temos então:

	casos	%
Perfurações pregressas	16	14,75
Perfurações atuais	92	85,25

Conforme os dados a considerar, usaremos ou só os casos do 2.º grupo ou o total dos casos.

Para se ter uma idéia da incidência da perfuração, podemos informar que, num total de 1.915 intervenções por úlcera pessoalmente por nós realizadas desde 19 de abril de 1929 até 9 de maio de 1957, encontramos perfuração aguda em 49 casos, aí compreendidos um recentemente operado e que não entrou no estudo estatístico que a seguir apresentamos por termos recebido o resultado do exame anátomo-patológico, invalidando a suspeita de câncer, quando já estavam completos os quadros do presente trabalho.

Esses números indicam uma incidência de 2,56% de perfurações agudas em nosso Serviço pessoal. Não foi por nós observado nenhum caso de perfuração do estômago fora da séde da úlcera, dêsse tipo de perfuração que se dá por hiperpressão de um estômago estenosado e que se convencionou chamar de perfuração diastásica do estômago ulceroso, de acôrdo com trabalho publicado pela Academia de Cirurgia de Paris*.

Não observamos, também, nenhum caso de perfuração iterativa ou recidivante.

Os nossos 108 casos podem ser divididos, segundo o sexo, da seguinte maneira:

	casos	%
Homens	103	95,37
Mulheres	5	4,63
	108	100

(*) Memoires de l'Academie de Chirurgie, Paris, LXXXIII, 146, 6 de fevereiro de 1957.

A desproporção entre os sexos está de acôrdo com a incidência preponderante da úlcera no sexo masculino, que, assim, oferece probabilidade muito mais freqüente à perfuração. Se a relação foi de 1 mulher para vinte homens, deve-se assinalar que entre os ulcerosos a perfuração é cêrca de 4 vêzes mais freqüente no sexo masculino.

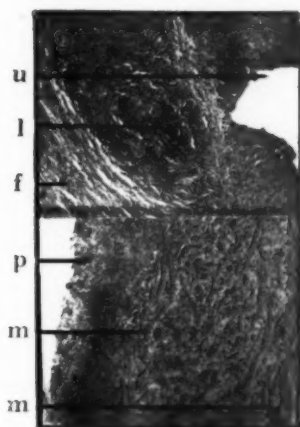


Fig. 5 — Microfotografia interessando a úlcera e a parte perfurante.
(Caso da figura 4).

- u — porção da superfície da úlcera.
l — foco de proliferação linfóide no tecido fibroso que existe no leito da úlcera.
f — tecido fibroso.
p — parte da úlcera da porção perfurada.
m — feixes de músculos lisos do estômago.

O estado civil dos perfurados apresenta quase que só o interesse da curiosidade. Os nossos dados a êsse respeito são os seguintes:

	casos	%
casados	75	69,44
solteiros	28	25,93
viuvos	5	4,63
	108	100

Pode-se dizer que em um quarto dos casos o indivíduo ainda não assumira as responsabilidades de chefe de família, não sendo dessa natureza as preocupações que pudessem ter influído na eclosão do acidente. A propósito do estado civil, cumpre registrar que um dos nossos perfurados foi acometido da crise perfurativa dentro de um trem, logo a seguir ao ato do seu casamento. É fácil avaliar-se a

intensidade do comprometimento do seu sistema nervoso, que influiu sobremaneira para o estado de choque fatal no posoperatório imediato.

A cor e a nacionalidade dependem, é claro, da constituição do núcleo de população servido pelos hospitais em que ocorreram os casos aqui analisados. Não se conhecendo a constituição porcentual da população servida, os dados arrolados aí vão apenas para comprovar o cosmopolitismo do nosso meio. Ei-los:

Quanto à cor:

	casos	%
Branca	99	91,67
Amarela	6	5,55
Negra	1	0,93
Mestiça	2	1,85
	108	100

Quanto à nacionalidade:

	casos	%
Brasileiros	81	75,00
Portugueses	6	5,55
Japoneses	6	5,55
Italianos	4	3,70
Espanhois	4	3,70
Alemães	2	1,85
Frances	1	0,93
Inglês	1	0,93
Lituano	1	0,93
Jugoslavo	1	0,93
Venezuelano	1	0,93
	108	100

Vejamos agora uma informação que oferece real interesse: sobre a idade dos doentes à época da perfuração. Vejamo-la:

	casos	%
Até os 20 anos	3	2,78
Dos 21 aos 30 anos	36	33,33
Dos 31 aos 40 anos	25	23,15
Dos 41 aos 50 anos	20	18,51
Dos 51 aos 60 anos	17	15,75
Dos 61 aos 70 anos	4	3,70
Além dos 70 anos	2	1,85
Sem indicação	1	0,93
	108	100

As idades limites foram 16 e 84 anos.

Esses números indicam que a perfuração ocorre em mais da metade dos casos (56,48%) durante a 3.^a e 4.^a décadas da vida, isto é: durante o período geralmente de maior atividade e de maiores lutas do indivíduo, sendo digno de registro que um terço dos casos ocorre na 3.^a década, período em que são mais intensos os esforços individuais pela conquista de um lugar estável na sociedade. Acrescentando ao estudo dos nossos casos o de cerca de 1.500 outros da região abrangida pelo inquérito realizado em Petrópolis, verifica-se que a perfuração das úlceras gástricas ocorre por volta dos 40 anos e que a das úlceras duodenais em torno dos 34 anos.

Quanto à séde da perfuração, podemos apresentar os seguintes dados:

	casos	%
No duodeno	92	85,19
No estômago	13	12,03
No jejuno	3	2,78
	<hr/> 108	<hr/> 100

O reconhecimento da séde da perfuração nem sempre é fácil de fazer-se. Nas estatísticas computadas em serviços gerais, não especializados, principalmente em serviços de urgência de que participam cirurgiões itinerantes nem sempre afeitos às minúcias de diagnóstico, com freqüência se faz o arrolamento dos casos de úlcera duodenal entre os de úlcera gástrica. Costuma-se dizer que o operando é portador de úlcera gástrica perfurada e vai à mesa com esse diagnóstico, que não é devidamente corrigido na ficha operatória ou no simples registro da operação. Assim, ao se proceder à revisão dos prontuários, para a feitura de um estudo como este, vai-se encontrar um grande número de casos registados como sendo de úlcera gástrica perfurada, quando na realidade eram de úlcera da parede anterior do bulbo duodenal. Nas velhas estatísticas européas, nos primórdios da difusão da cirurgia gástrica, a mesma imprecisão conduziu os autores a assinalar uma elevada proporção de úlceras gástricas, principalmente nos casos de estenose, porque se tinha a idéia de que a estenose ulcerosa era pilórica até que Moynhian na Inglaterra e Benedito Montenegro entre nós chamaram a atenção para o fato de que na quasi totalidade dos casos o chamado síndrome pilórico era devido a uma úlcera estenosante do bulbo duodenal.

Conhecendo desde o início da nossa vida profissional os pontos de vista desses dois grandes mestres, sempre dedicamos especial atenção à localização do processo ulceroso, anotando-o cuidadosamente nas fichas operatórias dos nossos doentes. Assim, pudemos apresentar em 1948 um estudo sobre a localização da úlcera em 994 casos de observação pessoal e fundamentar o presente estudo em dados cuidadosamente observados por nós e pelos que seguem a nossa orientação em cirurgia gástrica.

No que se refere à úlcera jejunal posoperatória, de muito que abandonamos as expressões "úlcera de bôca anastomótica" e "úlcera marginal" porque na grande maioria dos casos, na quasi totalidade deles podemos dizer, a lesão não se assesta na linha de anastomose e muito menos no estômago, mas sim em pleno tecido jejunal e nos raros casos em que se apresenta na linha de sutura, obviamente o jejuno está comprometido.

Voltando aos nossos dados, eles mostram que em cerca de 85% dos casos a perfuração se dá no duodeno, 12% no estômago e quase 3% no jejuno. Relacionando esses dados com o material de nossa estatística pessoal, podemos tirar algumas conclusões. A série de casos por nós estudada em 1948 abrange cerca da metade dos casos de úlcera por nós operados (994 em um total de 1.915).

Nessa série havia:

	casos	%
Úlceras do duodeno	700	70,3
Úlceras do estômago	228	23,0
Úlceras do jejuno	10	1,0
Úlcera do duodeno + do estômago	54	5,5
Úlcera do duodeno + do jejuno	2	0,2
	994	100

Isso diz que existiam:

	casos	%
Úlceras do duodeno em	755	76,0
Úlceras do estômago em	282	28,5
Úlceras do jejuno em	12	2,8

Comparando esses dados da incidência da úlcera com os da perfuração, verificamos o seguinte:

	% de úlceras	% de perfuração
No duodeno	76,0	85,2
No estômago	28,5	12,0
No jejuno	1,2	2,8

Conclusões: a) em números relativos, a perfuração é mais freqüente no duodeno do que no estômago na proporção de cerca de 2,5 por 1 e isso sem dúvida porque as paredes gástricas são mais espessas que a do bulbo duodenal; b) a úlcera do jejuno é muito mais sujeita à perfuração do que as do estômago e do duodeno; aliás é conhecida a tendência da úlcera jejunal de perfurar cronicamente nos tecidos vizinhos, abrindo crateras na parede abdominal e fístulas com o grosso intestino.

Com relação às estações do ano tem-se observado uma nítida dispariedade do acidente em países onde as variações climáticas são regulares. Entre nós não há essa regularidade e qualquer estudo de casos enfileirados nas rubricas das 4 estações seria simplesmente fictício e sem qualquer significação. Por isso, arrolamos os nossos casos segundo os meses em que se procedeu a perfuração, dando-nos o seguinte quadro:

Janeiro	11	11,85
Fevereiro	7	7,61
Março	4	4,35
Abril	6	6,52
Maió	7	7,61
Junho	4	4,35
Julho	14	15,25
Agosto	8	8,72
Setembro	8	8,72
Outubro	14	15,25
Novembro	5	5,44
Dezembro	4	4,35
	<hr/> 92	<hr/> 100

O que se pode observar é uma nítida predominância da perfuração no período de julho a outubro, em que se registaram cerca de 48% dos casos.

Mais importante do que o fator climático como desencadeante da perfuração parece-nos o fator emocional, que vence mesmo os efeitos cicatrizantes de um tratamento dietético — medicamentoso bem conduzido, como tivemos a ocasião de observar em um caso — o do indivíduo de 16 anos, pertencente a uma família de ulcerosos, que nos procurara para ser operado e ao qual aconselháramos um tratamento clínico de prova.

O signal magno da perfuração é a dôr súbita e violenta no epigástrico, comparada a uma punhalada. Frequentemente se acompanha de lipotímia, suores profusos, posição estática, defesa muscular generalizada da parede abdominal. Nem sempre se pode observar o pneumoperitônio, pois geralmente a perfuração é punctiforme, e muitas vêzes ocorre em estado de repleição gástrica, de sorte que é pequeno ou não existe o extravazamento de gases. Os vômitos, a hemorragia, o estado de choque são raramente observados. A dôr frênica indica perfuração de úlcera alta do estômago. O passado gástrico muita vêz é negado, pelo paciente no seu estado de desespero da crise ou no seu propósito de evitar uma intervenção cirúrgica, mas pode ser declinado posteriormente, numa anamnese feita em melhores condições; há casos, entretanto, em que a perfuração é, realmente, o primeiro sinal da existência de uma úlcera. Nos casos em que

sobrevem o tamponamento, os sintomas logo regridem limitando-se a contratura muscular a uma zona localizada.

O exame radiológico oferece dados positivos em boa parte dos casos, principalmente nos doentes tardiamente examinados. Nas primeiras horas de perfuração é pequena a porcentagem dos casos em que o pneumoperitônio pode ser observado; com o andar do tempo, a positividade aumenta até um certo limite. Nos casos tardios, o exame radiológico confirma a existência de uma peritonite. Em certos doentes, o contraste radiológico administrado por via oral pode

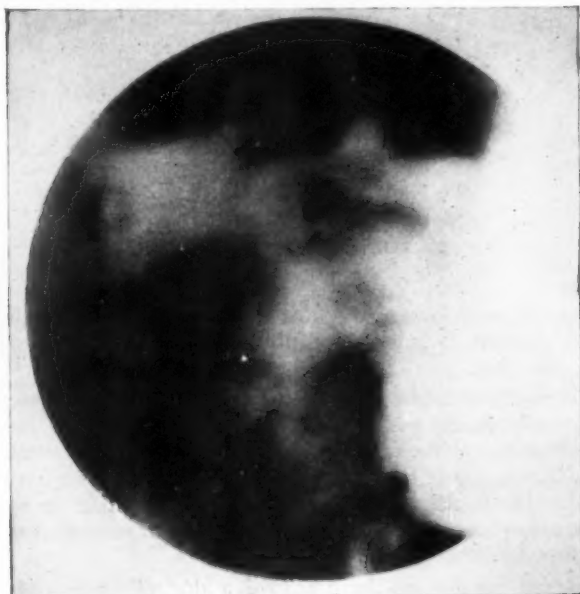


Fig. 6 — Esclerografia obtida depois de perfurada uma úlcera duodenal; mostra o extravazamento do contraste para a loja subhepática.

extravazar pelo orifício da perfuração, como aconteceu num dos casos por nós operado (figura n.º 6). Tivemos um doente em que a perfuração se efetuou durante o exame radiológico; em outro paciente, a perfuração se deu enquanto aguardava a sua vez de ser atendido na sala de espera de um consultório médico.

As contingências agudas que mais se prestam a confusões ao se fazer o diagnóstico são a apendicite aguda, a cólica vesicular, a pancreatite aguda; a oclusão intestinal, a crise gástrica da tabes, a trombose, o pneumotorax espontâneo.

Os nossos casos são todos casos cirúrgicos e foram operados nos seguintes hospitais:

	casos	%
Sanatório São Lucas	68	73,94
Beneficência Portuguesa	17	18,50
Sanatório Santa Catarina	4	4,32
Casa de Saúde Liberdade	2	2,16
Fora de São Paulo	1	1,08
	<hr/> 92	<hr/> 100

Nessas nossas 92 operações de perfuração recente mais nas 16 intervenções em doentes com perfuração progressa, a anestesia usada foi a seguinte:

	casos	%
Geral	53	49,08
Raqueana	32	29,69
Raqueana { + local	4	3,70
+ geral	1	0,93
Loco-regional	18	16,60
	<hr/> 108	<hr/> 100

Inicialmente usávamos em cirurgia gástrica a anestesia loco-regional; depois passamos a dar preferência à raqueana; nestes últimos anos temos empregado quasi que só a anestesia geral em circuito fechado.

A mortalidade pode ser apreciada sob vários aspectos. A nossa estatística apresenta os seguintes números:

	casos	mortes	%
Em peritônio livre	79	20	25,31
Perfuração tamponada	13	0	0
<i>Total</i>	<hr/> 92	<hr/> 20	<hr/> 21,73
Perfuração progressa	16	0	0
<i>Total geral</i>	<hr/> 108	<hr/> 20	<hr/> 18,51

Vamos analisá-los.

Vejamos de início a variação da porcentualidade segundo a época em que os casos ocorreram:

	casos	mortes	%	
Antes de 1939	19	5	26,31	} Estatística do Sanatório São Lucas + 12 doentes operados em outros hospitais.
De 1939 a 1944	20	7	35,00	
De 1945 a 1950	32	6	18,75	
De 1950 a 1956	35	2	5,71	
Em 1957	2	0	0	
	<hr/> 108	<hr/> 20	<hr/> 18,51	

Fizemos uma divisão da época a que se referem os nossos casos em quatro grupos. O dos casos mais antigos vai até o ano de 1939, compreendendo a nossa estatística pessoal até a instalação do Sanatório São Lucas, em janeiro desse ano. De então para cá, agrupamos os casos de 6 em 6 anos, afim de melhor apreciarmos a evolução dos resultados; estes três grupos reúnem todos os casos observados no Sanatório São Lucas mais alguns de nossa estatística pessoal operados



Fig. 7 — Radiografia obtida poucos dias antes de se dar a perfuração de uma úlcera duodenal em indivíduo com 16 anos de idade.

em outros hospitais. A alta mortalidade do primeiro período está de acôrdo com as estatísticas da época, muitas delas acusando números ainda mais elevados. Veio depois o período das sulfas, mas, ao invés de notarmos uma queda na mortalidade a intervenção de outro fator — operadores novos em um hospital recém-instalado — fez com que subisse a porcentualidade para cifras que eram cabíveis no período anterior. Com o advento da penicilina houve sensível melhoria dos

resultados, melhoria essa que se acentuou no período mais recente, com tendência para resultados ainda mais satisfatórios.

Todos sabem a importância da intervenção precoce nos resultados operatórios da úlcera perforada. Passados os primeiros momentos da crise, feito o organismo dos distúrbios circulatórios iniciais, a intervenção não deve ser protelada, pois assim são maiores as probabilidades de bom êxito. É por isso que se teme com justa razão o insucesso de um tratamento conservador pela intubação: se protela a ida do paciente para a sala operatória, vai, seguramente, agravar de muito o prognóstico do caso. Nunca tentamos a abstenção cirúrgica, deixando a vida do doente à sorte da aspiração gástrica combinada com o uso de soros, antibióticos e sedativos, numa vigilância armada, que deve ser permanente, de 24 horas por dia. Vejamos no quadro abaixo a influência sobre a mortalidade do tempo decorrido desde a perfuração até à operação:

	casos	%	mortes	%					
Até 6 horas ...	35	44,25	2	5,71	{ até 12 horas { 4,35% {	{ até 24 horas { 15% {	{ mortalidade geral 25,31%		
De 7 a 12 horas	11	13,80	0	0					
De 13 a 24 horas	14	17,91	7	50,00					
Mais de 24 horas	17	21,50	11	64,70					
Sem indicação .	2	2,54	0	0					
	79	100	20						

Deve-se notar que em um dos casos precocemente operados a morte se deu por acidente anestésico, de sorte que, excluindo êsse, podemos dizer que a mortalidade em tais circunstâncias não chega a 2,5%, pois nas primeiras doze horas teríamos um só caso de morte entre 36 operados, isto é: 2,16%. Já ao fim das 24 horas a mortalidade sobe para 15% e atinge 25,31% no total dos casos. Quanto ao tempo entre a perfuração e a operação nos casos tamponados, os nossos dados são os seguintes:

		casos	
1/2 dia	1	{	
1 dia	1		
2 dias	1		
4 dias	1		
9 dias	1		
14 dias	3		
15 dias	2		
17 dias	1		
19 dias	1		
sem indicação.....	1		
	13		

	casos	%
Menos de uma semana	4	30,79
2. ^a semana	4	30,79
3. ^a semana	4	30,79
Sem indicação	1	7,63
Mortalidade cirúrgica =	0%	

Como se vê, na perfuração tamponada não importa o maior ou menor tempo decorrido desde a perfuração e a intervenção cirúrgica.

É interessante estudar-se a relação entre o tipo de operação realizada e a mortalidade respectiva. Isso se vê no quadro abaixo.

tipo da operação		%	mortos	%
Ressecção gástrica	59	67,39	7	11,29
Ressecção + apendicectomia ..	3		—	
Sutura da perfuração	10	18,59	3	33,33
Sutura + apendicectomia	8		3	
Sutura + gastro-jejunosomia ..	2	2,17	1	50,00
Sutura + cecostomia	1	1,09	—	
Sutura + jejunosomia	1	1,09	1	
Tamponamento com epiplon ..	1	1,09	—	—
Drenagem jejunosomia	1	1,09	—	—
Simples drenagem do peritônio	6	6,52	5	83,33
	92		20	21,73

Resumo :

	casos	%	mortes	%
Ressecção gástrica	62	67,39	7(*)	11,29
Outros procedimentos	30	32,61	13	43,33
	92		20	21,73

Verificamos que em dois terços dos casos foi realizada a gastrectomia, com a mortalidade de 11,29%. Em alguns casos, por inexperiência ou por afoiteza do cirurgião, a ressecção foi executada sem a devida indicação, em perfurados com mais de 24 horas, ou em doentes com peritonite em franca evolução. Nas suas indicações precisas, a ressecção no perfurado não apresenta maior risco do que a ressecção em qualquer outro tipo de ulceroso.

Os demais procedimentos dão uma mortalidade quasi 4 vezes maior. Não se queira inferir daí que o cotejo entre a simples sutura e a ressecção dá a esta amplas vantagens. Em nossos casos, os grupos não são comparáveis, pois como a orientação geral era resseccionista, só se procedia à sutura nos casos mais graves, tardiamente operados, suscetíveis, portanto, de mortalidade mais alta. Se num cotêjo face a face com a sutura simples se pudesse provar que a ressecção é mais perigosa, ela apresentaria, entretanto, a vantagem real e indiscutível de resolver o caso clínico de uma só vez, evitando a volta do paciente à mesa operatória, com todo o cortejo de consequências de ordem econômica e social que isso acarreta. Deve-se salientar que, por êsses ou outros motivos, a tendência geral nos

(*) 4 por peritonite; 2 por aparelho circulatório; 1 por anestesia.

grandes centros cirúrgicos é praticar a ressecção na úlcera perfurada, como já nos ensinava Benedito Montenegro em 1929.

Em casos desesperadores, a simples drenagem do abdomen deu em nossa estatística 83,33% de mortalidade, mostrando que a intervenção mínima é capaz de salvar perfurados às portas da morte, devendo ser tentada mesmo quando sejam quasi nulas as esperanças de recuperação.

Resta-nos analisar as causas da morte. Foram elas:

	casos	%
Peritonite	14	70
Aparelho circulatório	3	15
Choque	2	10
Anestesia	1	5
	<u>20</u>	<u>100</u>

Na era presente, principalmente se os doentes forem atendidos nas primeiras 12 horas, a causa mais freqüente da mortalidade pode ser quasi eliminada, pela administração de antibióticos e de outros recursos usuais nos centros cirúrgicos. As demais causas de óbito dependem de condições especiais de cada caso e continuarão a figurar em qualquer estatística cirúrgica, com maior ou menor incidência, aos azares da sorte.

São esses os dados que pudemos coligir sobre tão palpitante assunto.

RUBROMALT

Extrato de malte

Com as Vitaminas B₁₂, A e D
Complexo B, Extrato de Fígado,
Aminoácidos e Minerais.



INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.

Rua Pirapitinguí, 165 — São Paulo, Brasil

SANATÓRIO SÃO LUCAS

Instituição para o Progresso da Cirurgia



RUA PIRAPITINGUI, 80 — TELEFONE: 37-2515
SÃO PAULO — BRASIL



*Peça informações sobre o “Estágio de aperfeiçoamento”
mantido pelo Sanatório São Lucas*

INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

Radiodiagnóstico e Radioterapia

Diretor: Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



**RUA MARCONI, 94 - 2.º andar — Telefone 34-0655
SÃO PAULO**

NOROCOLINA

Vaso-dilatador coronariano e diurético

FÓRMULA:

Cada drágea contém 100 mg de teofilinato de colina.

INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:

- 1) Asma brônquica.
- 2) Como dilatador das coronárias, na angina pectoris e enfarto do miocárdio.
- 3) Na insuficiência cardíaca congestiva, como diurético, seja sozinho ou associado aos mercuriais, cujo efeito diurético reforça e potencia.

MODO DE USAR:

1 a 3 ou mesmo 4 drágeas, 4 vezes ao dia.



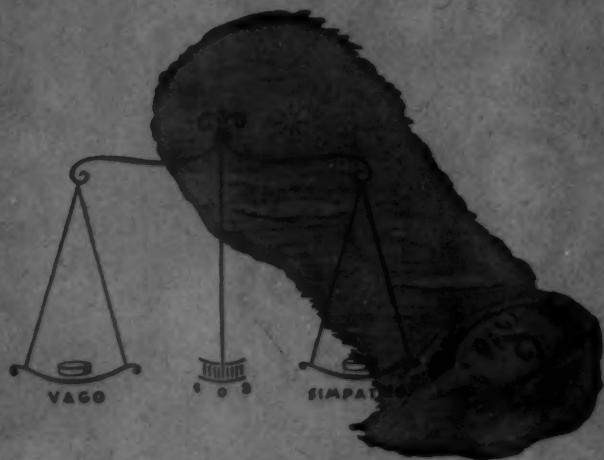
LABORATÓRIO TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — Fone 80-0684 — Caixa Postal, 487

DISTONEX



para o



Equilíbrio vago-simpático



LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

São Paulo Editora S/A. imprimiu.